



156

الفصامي: كيف نفهمه ونساعده

● دليل للأسرة وللأصدقاء

تأليف: سيلفانو أريتي

ترجمة: د. عاطف أحمد

سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ـ الكويت



سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ـ الكويت

صدرت السلسلة في شعبان 1998 بإشراف أحمد مشاري العدواني 1923 ـ 1990

156

الفصامي:
كيف نفهمه ونساعده

دليل للأسرة وللأصدقاء

تأليف: سيلفانو أريتي

ترجمة: د. عاطف أحمد



المحتوى
المحتوى
المحتوى
المحتوى

المحتوى

مقدمه

الهدف الأول لهذا الكتاب هو أن أوضح للقارئ ما نعلم وما لا نعلم عن الفصام، وهو حالة ذهانية يعاني منها ثلاثة ملايين مواطن أمريكي وأكثر من أربعين مليونا من البشر وأملي أن أتمكن من توضيح طبيعة العالم الوهمي الذي يعيش فيه الفصامي، والأبعاد المتعددة لأزمته، والكيفية التي يتكون بها نمط شخصيته الخاص، والتي يواجه بها مشكلاته النفسية الذاتية، واحتمالات الشفاء.

وقد أتاح نقص معارفنا-المثير للعجب-في هذا المجال الفرصة للمفاهيم الخاطئة وغير الدقيقة أن تظل في الأذهان، وللمخاوف أن تتزايد (بصورة مبالغ فيها)، كما أتاح للشعور بالتحامل أن يستمر، وجعل تقديم المساعدة يواجه بالإنكار أو يقبل بتردد وفتور. وأود أن أبين أن الفصامي، حتى قبل أن يتماثل للشفاء، يظل أكثر قربا منا بكثير من الصورة التي نراها في التليفزيون أو نقرأها في الأدب لشخصية المريض النفسي.

لكن ذلك الهدف الأول إنما يمهد للهدف الثاني والرئيسي لهذا الكتاب: وهو إرشاد الأسرة، والأصدقاء، وكل من يهمه الأمر إلى كيفية المشاركة في مهمة مساعدة المريض في أن يستعيد حالته السوية أو تتحسن حالته إلى حد معقول. فمن المهم أن نتعلم ما علينا أن نفعله في البداية، وما هي أنواع العلاج القائمة وكيفية الحصول عليها، وأية

فائدة يمكن أن تتحقق من العلاج داخل المستشفى، وأهم من كل ذلك كيف نتعايش مع المريض يوما بيوم، وكيف نتحادث معه، وأية ترتيبات علينا أن نوفرها له.

ولقد ظل دور الأسرة كعامل مسبب للفصام، لسنوات طويلة، ينظر إليه نظرة خاصة، لا تخلو من تحيز، كما أن قدرة الأسرة على المشاركة في إعادة التكامل للمريض والمشاركة في عملية التأهيل ظلت موضع شك. وأنا أسعى في هذا الكتاب إلى إشاعة جو مختلف، وأكثر توافقا مع المعارف الحديثة. ولحسن الحظ لا تقف الأسرة وحدها في هذا المجال. فكما سنرى في هذا الكتاب: هناك الأطباء النفسيون، والاختصاصين ومعاونوهم، وهناك المستشفيات النفسية، والبيوت الانتقالية، وكثير من المؤسسات ومن الأفراد الذين لديهم استعداد للمشاركة في هذا العمل العظيم، وهم كثيرا ما يؤدون عملا ممتازا. أما بالنسبة للحالات المرضية التي لا تستجيب للعلاج وتخلف لنا مشكلة خطيرة، فيمكننا القول بأن حدود مسئوليتنا تقف عند هذا الحد ولا يبقى أمامنا سوى الأسرة فليس هناك مكان آخر أو أفضل من الأسرة حيث تجدي النصائح والإرشادات وتلقى تقديرا كبيرا.

أما الهدف الثالث، فهو تقديم نظرة عامة للجهود الرائدة في مجال الوقاية من ذلك المرض، وسوف أبين في النهاية كيف أن مثل تلك الحالة العقلية المرضية يمكن أن تضيء لنا جوانب أخرى في فهمنا للحياة.

وكتابنا هذا لا يغطي بطبيعة الحال، كل تلك المجالات المتسعة، فقد تغاضيت عن موضوعات كثيرة لا تهم القارئ بصورة مباشرة. ويمكن للقارئ الذي يريد الإطلاع على مناقشة أعمق لموضوعات هذا الكتاب، أو على المزيد من الموضوعات المتصلة بها، أن يجد ذلك في كتابي «تفسير الفصام»، أو في كتب أخرى كثيرة عالجت تلك المشكلة. وقد أوردت في هذا الكتاب كل وجهات النظر وأنواع العلاج الرئيسية. على أن القارئ سيتبين أيا من تلك الآراء أؤيد، وأيا منها أعطى أهمية أكبر. فاتخاذ موقف موضوعي بالكامل إزاء كل التفسيرات والعلاجات القائمة، يتطلب مني قدرا من التجرد يتناقض مع طريقتي في معالجة الفصام.

وسيلحظ كثير من القراء أن ثمة مسائل كثيرة بلا إجابة محددة وأقول لهؤلاء:

إن الفصام ليس شيئا شبيها بمرض الغدة النكفية أو الحصبة. وقصور معارفنا بصدد حالة تشتمل على كافة جوانب الوجود الإنساني ناشئ اشد حد كبير من حقيقة أنه لانهاية لسر الحياة. لكن إذا كانت الرحلة بلا نهاية، فقدرتنا على الفهم، وعلى النمو، وعلى التقدم، هي أيضا بلا نهاية.

وأنا لا أعتبر نفسي المؤلف الوحيد لهذا الكتاب. إذ عليَّ أن أنوه بأنني قد تعلمت الكثير من أعمال زملائي، ليس هذا فحسب، بل إنني أعتبر أن مرضاي العديدين، الذين منحوني ثقتهم وولاءهم، هم شركائي في تأليف هذا الكتاب، فلهم مني خالص الشكر. فقد امتدت بيننا أواصر الصداقة والرفقة التي تنشأ من المشاركة المتبادلة في الأفكار، والمشاعر، والابتكار، والاندهاش، والآمال.

سيلفانو أريتي

١ لا يمكننا تجاهل الفصام

في السابعة صباحا دق جرس المنبه موقظا جوزيف مونرو-ظل الجرس يدق ويدق، ويعلو رنين دقاته أكثر فأكثر، حتى بدا وكأنه لن يتوقف أبدا. نهض جوزيف من الفراش. الرنين يكاد صوته يصم الآذان، غطى جوزيف أذنيه بيديه، لكن الصوت مازال مرتفعا، لم يعد يعرف ماذا يفعل إزاء ذلك.. أتجه صوب النافذة وفتحها، فإذا بالرنين الصاخب ينتشر عبر الهواء، حتى يبدو كأنه أصم آذان الناس جميعا، كان الصوت في البداية يشبه صوت سيارة البوليس، ثم أصبح يشبه صوت عربة إطفاء الحريق، وأخيرا أصبح من القوة بحيث بدا كأنه علامة إنذار موجهة للمدينة بأسرها، الشوارع أيضا، تبدو غير مألوفة هذا الصباح، فالمباني تغيرت أشكالها بصورة هزلية، وكل الأشياء أصبح لونها ناصعا وكأنها مشهد من فيلم ملون. لم يحدث لجوزيف مونرو طوال حياته التي ناهزت الأربعة والعشرين عاما، أن تملكه مثل هذا الإحساس بتوقع الخطر وبالغموض المنذر بشر آت.

كانت ظلمة ما بعد الغروب آخذة في الانتشار، بينما كانت آن ماري روفيل في طريقها إلى بيتها الذي يقع على بعد خطوات قليلة، لكن الظلام بدا

اليوم داكنا أكثر من المألوف في مثل هذا الوقت، والأضواء بدت ضعيفة أكثر من المعتاد، ضوضاء المدينة نفسها مختلفة هذا المساء-إذ يتخللها صوت يوحي بالرهبة والتوجس يخفت ويعلو كالموج، لكنه لا يتوقف أبدا بل ثمة همس منتشر حولها، مسموع لكنه مشوش غير مفهوم، وشيئا فشيئا بدأت تتضح الكلمات، إنها تتحدث عنها. والتفتت وراءها، وإذا بهم هناك. أناس غريبو الشكل شائهو الوجوه، يتبعونها. ما الذي يبتغونه من فتاة فقيرة، بريئة لم تتجاوز الثانية والعشرين. إنهم يتجسسون عليها. ومن المحتمل أنهم يريدون اللحاق بها ربما ليختطفوها، وانطلقت آن تجري نحو المنزل في حالة من الهلع، وهي تلهث، وأخذت تبحث بيديها المرتعدتين عن ثقب المفتاح، وما أن فتحت الباب حتى انفجرت في بكاء وصياح «أمي.. أمي. إنهم يلاحقونني إنهم ورائي».

جوزيف مونرو وآن ماري كلاهما يعاني من نوبة فصام حادة.

ولو تصورت أن جوزيف أو آن ماري أحد أفراد أسرتك-فإن معاناة أي منهما ستصبح هي معاناتك، ومشكلته أو مشكلتها ستصبح أكثر مشاكلك إلحاحا، وفي هذه الحالة ستجد لديك الرغبة في معرفة كل ما يمكن معرفته عن هذا المرض الغريب، بحيث تصبح قادرا على فهم ما يحدث لذلك الشخص وتصبح قادرا على مواجهة الموقف بل وربما تصبح قادرا على مساعدة المريض نفسه، أي ستجد لديك الرغبة في معرفة ما الذي سبب هذا المرض وكيف يمكن الشفاء منه.

ولو أن أحد أفراد أسرتك كان قد غادر المستشفى حديثا، فستجد أنك بحاجة لأن تعرف كيف تتعامل معه في الحياة اليومية، وكيف تكتشف أية علامات منذرة باحتمال حدوث نوبة فصام أخرى، وأية حالات طارئة يمكن أن تحدث وكيف تعالجها في حينها. أما إذا كنت حسن الحظ ولم يصب أحد من أقاربك بهذا المرض، فربما أصاب أحد جيرانك أو أصدقائك، وربما يثير ذلك فضولا لديك لأن تعرف مدى التقدم الذي حدث في السنوات الأخيرة في فهم هذا المرض وما الذي لا يزال غامضا فيه.

وحتى لو كنت لا تعرف أي شخص يعاني من هذا المرض، فربما تكون قد قابلت أحد أولئك الذين غادروا المستشفى وعادوا في الحياة الاجتماعية ويمكن حينئذ أن تجد لديك الدافع لأن تزيد من معلوماتك عن تلك الحالة

نتيجة لاهتمامك باخوتنا في البشرية الذين أصيبوا بها. ويحتمل أن تجد لديك الرغبة في أن تعرف كيف يمكن التغلب على الأحكام الخاطئة التي يطلقها الناس عليهم حينما يعودون لاندماج في المجتمع، وربما تزداد لديك تلك الرغبة حينما ترى بعضا من أولئك الذين يثيرون الشفقة يتجولون في الشوارع على غير هدي كالصعاليك أو المصابين بالهذيان.

والواقع أن أعدادا متزايدة من المرضى النفسيين غادروا المستشفيات العامة في السنوات الأخيرة، ومعظمهم فصاميون. (يقدر عدد المرضى النفسيين الذين غادروا المستشفيات خلال عام واحد في ولاية نيويورك فقط بحوالي000 ر50 مريض). وسياسة إخراج المرضى النفسيين من المستشفيات في المجتمع تلقى نفس التشجيع في المملكة المتحدة أيضا.

ويحتمل أيضا أن تكون قد سمعت أو قرأت بعض الشيء عن الفصام، وأن يكون قد تجمع لديك قدر من المعرفة يجعلك تدرك أنك حين تعرف شيئا عن الفصام فإنما أنت تعرف في نفس الوقت قدرا أكبر عن الوضع الإنساني وعن الأزمة الإنسانية بعامة.

وأخيرا، فلو كنت أنت نفسك الذي يعاني من الفصام فمن المهم للغاية أن تعرف كيف يمكن لمرضى الفصام أن يتم شفاؤهم في حالات كثيرة، وكيف تتحسن حالتهم في حالات كثيرة أخرى، وكيف أن المرض على الرغم من أنه قد يقلل من كفاءة وظائف معينة، قد يثرى الحياة بأبعاد جديدة.

كل تلك الأمور التي ظلت نسبة كبيرة منها مجهولة في الماضي، سوف نناقشها في الصفحات التالية.

إن الفصام مرض لا يمكن تجاهله ومع ذلك فقد لوحظ أنه في السنوات الأخيرة، استحوذت أمراض أخرى على اهتمام أكبر بكثير، فأمراض الشريان التاجي والسرطان والسكر، قد استأثرت باهتمام الرأي العام. ولذلك نظمت حملات عديدة لمكافحة هذه الأمراض ولقيت تلك الحملات دعما مباشرا من الجمهور. على أن الفصام لم يحظ بمثل ذلك الاهتمام، ورغم أن كثيرا من الفصاميين قد غادروا المستشفيات إلا أن عدد الفصاميين الذين مازالوا بالمستشفيات يفوق عدد المصابين بأمراض أخرى. ولا توجد حالة تماثل الفصام من حيث الأعباء الاقتصادية التي تحملها للدولة وللأسرة. فمنذ سنوات قليلة قدر ما كلفه مرض الفصام للدولة بحوالي 14 بليون دولار

سنويا، واليوم ربما تبلغ التكاليف ضعف هذا الرقم وقليلة هي الأمراض التي تعوق حياة من يصاب بها مدة طويلة كما في الفصام. إذ على الرغم من أن الفصام قد يحدث لفترة قصيرة-وردت تقارير عن حالات فصامية لم تزد مدتها عن يوم أو اثنين-إلا أنه من الصحيح أيضا، أن هناك حالات فصامية-وهي آخذة في التناقص لحسن الحظ-تبدأ مع فترة المراهقة أو بعدها بقليل وتستمر طوال حياة المريض التي قد تمتد إلى العقد التاسع.

وحتى لو قارنا بين الاهتمام الذي يبديه الرأي العام تجاه الفصام وبين ما يبديه تجاه أنواع أخرى من الاضطرابات النفسية، لاتضح لنا أن بعض الأنواع الأخرى من الاضطرابات النفسية-مثل إدمان الكحول، والعقاقير والاكتئاب قد استحوذ على اهتمام الرأي العام والصحافة بدرجة أكبر كثيرا من الفصام. ولو قدرنا ثقل المرض بمعيار واحد فقط هو عدد المصابين به، لاستحق إدمان الكحول الاهتمام الأكبر، لكننا لو قدرنا أهمية المرض بمدى خطورته على الحالة العقلية، أو بمدى تأثيره على كفاءة الوظائف العقلية، لوجدنا أن الفصام يحتل المرتبة الأولى بلا منازع.

فإذا ألقينا نظرة على مدى وطأة الفصام على الجيل الراهن (هناك حوالي 40 مليون فصامي في العالم) لما وجدنا في تاريخ الحروب حربا كان لها مثل هذا العدد من الضحايا أو المصابين-ولم يحدث أن زلزالا أو كارثة أرضية سببت خسائر بهذا الحجم، فلا توجد حالة أخرى من أي نوع يمكنها أن تحرم مثل هذا العدد الهائل من الشباب، من متعة الحياة.

لماذا إذن لم يحظ الفصام إلا بالقليل من الاهتمام، سواء من الصحافة أم من أجهزة الإعلام الجماهيرية؟. ليست هناك إجابة واحدة، وإنما هناك عدد من العوامل التي يدعم بعضها البعض. فكثير من الناس يجدون أنفسهم، تحت تأثير كثرة المشاكل التي تترتب على الفصام، ميالين لاتخاذ موقف الإنكار بمعنى أنهم يتصرفون كما لو كان الفصام، مرضا لا وجود له، أو كما لو كانوا يشعرون بأن أفضل الطرق لعلاجه هو صرف النظر عنه.

والبعض الآخر، ومنهم للأسف بعض المتخصصين، يصرون على أنه لا وجود لشيء اسمه الفصام، ويرون إنه مجرد أسطورة، وقد استطاعوا جذب اهتمام الرأي العام والصحافة نظرا للطابع الإثاري لدعاواهم. وبعض أولئك الذين ينكرون وجود الفصام أو الذين يرفضون اعتباره مرضا إنما يفعلون

ذلك بحسن نية. فهم يظلون غير مصدقين وجود مثل تلك الحالة المرضية الخطيرة إما لأنهم لا يستطيعون تصور وجود مرض دون أعراض عضوية واضحة، وإما لأنهم يرفضون قبول المفهوم الذي أصبح راسخا (وبخاصة بعد فرويد)، والذي يرى أن كثيرا من الأمراض النفسية إنما هي أمراض نفسجسميه، أي أنها ناتجة على الأقل جزئيا من تأثير عوامل انفعالية. إنهم يرفضون الثورة التي حدثت في عالم الطب والتي بمقتضاها أصبح من الثابت أنه ليس كل حالة مرضية تفترض حدوث تغيرات في تركيب بعض خلايا الجسد. فعلى الرغم من أن المفهوم الذي صاغه أساسا عالم الأمراض الألماني فيرشوف Virchow صحيح بالنسبة لغالبية الأمراض، إلا أنه غير صحيح في بعضها، وهي تلك الحالات التي يحدث فيها التغير في تركيب الخلايا عقب الاضطراب الانفعالي وليس قبل ذلك. وهناك حالات أخرى لا يحدث فيها تغير في تركيب الخلايا وإنما يحدث التغير فقط في الطريقة التي تؤدي بها بعض الخلايا وظائفها. وفي هذه الحالة يسمى المرض مرضا وظيفيا-والمرض الوظيفي يتميز بأن هناك تغيرات كيمائية حيوية تحدث وتصبح غير سوية إلى درجة كبيرة، لكن التركيب التشريحي الأساسي يظل كما هو.

وهناك آخرون ينكرون وجود الفصام على أساس أنه حالة عقلية غير قابلة للتعريف، فأعراضها شديدة الاختلاف عن مجمل أعراض الأمراض الأخرى كما أن أسبابها موضع اختلاف. لكننا لكي نقدم تعريفا دقيقا لأية ظاهرة فذلك يفترض أننا قد عرفنا عنها كل شيء. ولو تصورنا أننا انتظرنا، قبل أن نقدم تعريفا للكهرباء أو الذرة، إلى أن تصبح لدينا معرفة كاملة عنهما لما حدث أدنى تقدم في العلم. وحتى اليوم، هناك من يقول بأننا لم نعرف بعد ما هي الكهرباء، على الرغم من أننا نعرف الكثير عن خصائصها وعن القوانين التي تنظم حركة الطاقة الكهربية، وكلمة «ذره» باليونانية تعني ذلك الشيء الذي لا يقبل الانقسام. وهذا تعريف غير دقيق إطلاقا للذرة، وعلى الرغم من ذلك فبدون هذا التعريف المفيد عمليا، ما كان للكيمياء الفيزيائية أن تحرز أي تقدم.

فإذا عدنا إلى الفصام، فسنجد أننا قد عرفنا عنه الكثير، فالمكتبات تزخر بالعديد من المؤلفات حول هذا المرض، والنجاحات التي تحققت في

علاجه حتى اليوم من شأنها أن تحدث صدمة لدي إميل كريبلين mil Kraepelin، وهو أول طبيب نفسي وصف الفصام، وسماه بالعته المبكر dementia Praecox فعندما وضع كريبلين مؤلفه الضخم عام 1896، كان يعتقد أن الفصام متى أصاب شخصا أدى به إلى تدهور متزايد مستمر، دون أدنى احتمال للشفاء أو حتى للتحسن، ولحسن الحظ، فمثل هذا الاعتقاد لم يعد صحيحا.

فإذا توغلنا إلى ما هو أبعد من السطح، وبحثنا عن دوافع لا شعورية لإنكار وجود ما هو واضح ومثير لاضطراب عظيم، فسنصل في النهاية إلى أن مثل هذا الإنكار إنما يستند إلى تحيزات شائعة وقديمة ضد مختلف أنواع المرض العقلي التي يمثل الفصام نمطها الرئيسي. فالخوف من المرض العقلي، وفهم المرض العقلي على أنه شيء يدعو للخوف أو يثير الرعب، يؤدي إلى إنكاره، كذلك فالاعتقاد بأننا نحن أيضا، لو انحرفنا في السلوك أو لو اتخذنا موقفا متطرفا أو مثيرا للخلاف أو غير مألوف، قد نوصم خطأ بأننا فصاميون، هذا الاعتقاد يؤدي إلى إنكار وجود الفصام. كذلك فإن توجسنا من أننا ربما نعاني من هذا المرض خفية، يؤدي بنا إلى إنكاره. وبالمثل فالخوف الذي لا مبرر له من أننا قد نكون سبب إحداث الفصام في الآخرين، خصوصا أطفالنا، وأن علينا تبعا لذلك أن نواجه الإحساس بالذنب، يؤدي إلى إنكاره. كذلك فالاعتقاد الخاطيء بأن الفصام حالة غير قابلة للتحسن، يؤدي إلى إنكاره، والواقع، أن واحدا من بين كل ثلاثة فصاميين يشفى تماما، وأكثر من الثلث يتحسن بدرجة تكفي لأن يحيا حياة عادية.

وجدير بالذكر أن التحامل على المرض العقلي آخذ في التناقص السريع ولم يعد ملحوظا كما كان من قبل، لكنه رغم ذلك مازال موجودا، وبخاصة لدى طبقات اجتماعية معينة، وفي مناطق جغرافية محددة. وهذا التحامل يبدو جليا حينما يعتبر المرض العقلي «وصمة» stigmaأي صفة شائنة. ولقد كان العبء كبيرا في الماضي حينما كان الفصاميون يعتبرون مصدرا للعنف وللسلوك العدواني والمضاد للمجتمع، وهو تصور ثبت خطؤه. فأعمال العنف لا تحدث لدى الفصاميين أكثر مما تحدث بين عامة الناس. لكن هناك سمات معينة للفصاميين لا يقبلها أي مجتمع. فالفصامي لا يسلك دائما سلوكا متوائما مع الموقف، ولا متسقا مع توقعات المجتمع. فالمجتمع يستند

إلى النظام، والتضامن والرضوخ لأعرافه وتقاليده. وكما ذهب عالم الاجتماع الكبير إميل دور كايم، فإن أي موقف إدانة يتخذه المجتمع ضد من ينحرف من أفراده، إنما يهدف إلى منح الطمأنينة لباقي أفراد المجتمع الذين يهمهم المحافظة على استقراره وعلى منع ما يهدد ذلك الاستقرار. والفصامي قد ينام نهارا ويستيقظ ليلا، وقد يرتدي ملابس لا تتناسب مع الموقف، كأن يذهب إلى جنازة مرتديا بنطلون جينز، أو يشيح ببصره بعيدا حينما يتحدث إليه أحد. لكن الذين تمكنوا من دراسة وملاحظة الفصامي يعلمون أن عدم توافقه مع المعايير المألوفة لا ينطوي على أي تهديد للسلوك التوائمي للآخرين، بل هو مجرد مسألة شخصية. فهو لا يعتنق مذهبا معينا في السلوك، ولا يطمح لأن يكون مصلحا اجتماعيا. وكل ما يمكن اعتباره عدم اتساق أو شذوذ أو لامبالاة أو جمود في المشاعر، كل هذه الصفات لا تحمل أية نوايا شريرة، بل هي تعبير عن انحرافه المرضي.

وعامة الناس أخذوا يدركون أن انحراف الفصامي عن السواء في سلوكه لا ينطوي على خطورة اجتماعية، وعلى الرغم من ذلك، فإن حقيقة كونه مختلفا تجعله يبدو غريبا بين أقرانه، كما يبدو شخصا يصعب التآلف معه. فإذا قارناه بمدمن الكحول أو بمريض الاكتئاب لوجدنا أن التآلف مع أي منهما أكثر يسرا.

فمعظم الناس، في المجتمعات الغربية، يميلون إلى تعاطي الكحول في بعض الأوقات وكلنا عانينا في وقت من الأوقات من الإحساس بالاكتئاب.

وغالبا ما ينظر الناس إلى الفصامي بنفور، لأنه بعزوفه عن الناس يعطي انطباعا بالخوف منهم أو برفضه إياهم. فهو يتخذ أحيانا وضعا يبدو فيه وكأنه ليس لديه ما يفعله إزاء ما يحدث حوله، أو يبدو وكأنه ينظر إلى الكون بأسره بترفع لا حد له. وكما سيتضح فيما بعد، فتلك الانطباعات عن الفصامي بعيدة عن الحقيقة-فهي ليست سوى الانطباعات التي يحملها الفصامي إلى الآخرين وغالبا إلى نفسه أيضا. لكن رغبته الخفية هي إعادة التواصل مع المجتمع الإنساني.

فالفصامي ذو الميول «البارانوية» يتسم سلوكه بتصيد أخطاء الناس جميعا وكل ما من شأنه إثبات أنهم غير منصفين، لكنه في الحقيقة إنما يفعل ذلك في سلوكه الظاهري فقط ولا تحتل تلك الميول سوى القشرة

السطحية من تفكيره فقد جعله المرض يسلك على هذا النحو حماية لنفسه ضد الشعور الذي يسرى في كيانه كله بفقدان الثقة بالآخرين. فالفصام حالة لا تدعو للخجل أو الإحساس بالذنب تماما كما أن ظاهرة طبيعية كالزلازل لا تدعو للخجل أو الإحساس بالذنب حينما تحدث في المكان الذي نحيا فيه. على أن الفصام يختلف عن الزلزال في أنه ظاهرة بمقدورنا عمل الكثير تجاهها. وإذا كان ثمة شيء يدعو للخجل أو الإحساس بالذنب فإنما هو إنكارنا لمثل تلك المشكلة، ووقوفنا مكتوفي الأيدي تجاه علاجها أو الوقاية منها.. وحتى لو كان الفصام يتعلق جزئيا أو بطريقة غير مباشرة ببعض الظروف غير المواتية أو غير العادلة في مجتمعنا، فيجب ألا نكتفي إزاء ذلك بالخجل أو الإحساس بالذنب بل علينا أن نحاول التعرف على تلك الظروف وتخفيف وطأتها. وحقيقة أن الفصام مازال يوجد بيننا، يجب أن تحفزنا أكثر إلى تحسين الطرق التي ننظم بها بيئتنا ومؤسساتنا الاجتماعية، والكيفية التي نحيا بها داخل أسرنا، والتي يؤثر بها كل منا في الآخر.

لقد أبرزت حتى الآن التأثيرات العامة للفصام، لكن الدراما المأساوية لهذا الاضطراب العقلي تصل إلى ذروتها داخل الفرد الذي يعاني منه.

فالفصام لا يسبب ألما عضويا، ولكن شدة المعاناة العقلية التي تنشأ عنه تبلغ من الضراوة حدا يجعل المريض يقبل في سرور مقايضته ألما عضويا، بل أحيانا يُحدث الفصامي عامدا إصابة في جسده، آملا أن يخفف الألم العضوي الناتج عن ذلك، من هول الألم العقلي. هذا الألم العقلي الهائل، الذي تشتد حدته في المرحلة الأولية للمرض، تسبقه بدوره معاناة طويلة: لم يلحظها أحد، ولم يهتم بها أحد، ولم تثر ريبة أحد، وهي معاناة قد تمتد في الماضي حتى الطفولة المبكرة، وأثناء تلك المرحلة الأولية وما يليها من مراحل، يعاني المريض من الإحساس بالرعب الناتج عن رؤيته لنفسه مقطوع الصلة بالعالم، فهو يجد نفسه غير قادر على فهم الآخرين، كذلك يجد الآخرون أنفسهم غير قادرين على فهمه وهو يشعر بنفسه وحيدا معزولا لكنها عزلة غير كاملة لأن لديه قناعة بأن قوى غامضة تحيط به، وشرورا لا يعرف كنهها تتربص به أو بأن أناسا معينين يلاحقونه ليوقعوا به الأذى، وما لم يشف أو يتحسن-ودعني أكرر بأن ذلك احتمال مرجح بنسبة 2: 1 لصالحه-فإن قواه الوظيفية سوف تأخذ في التدهور بشكل متزايد. إذ

سوف تقل شيئا فشيئا: قدرته على التمتع بالحياة، وقدرته على الأخذ والعطاء، وقدرته على الشعور بالأمل وعلى الإبداع. فالزمن كما يحس به لم يعد يتحرك، فليس ثمة تقدم إلى الأمام ولا تراجع إلى الخلف، بل هو متوقف بلا حراك عند تلك الحالة من الدمار المترامي الأبعاد.

ومن المهم أن يكون لدينا شعور بالتعاطف تجاه المريض عقليا، وأن نكون متفهمين لطبيعة معاناته، وأن نكون متحررين من مشاعر التحامل عليه، بل ربما كان الأهم من ذلك أن نكتسب حس القرابة تجاه المريض، لأن الإحساس بالقرابة ينطوي على التعاطف وعلى التخلي عن أي تحامل. وستزداد حينئذ قدرتنا على مساعدته، كما قد ينشأ لدينا في كثير من الأحيان شعور بالإعجاب تجاه المريض.

وقد يبدو ذلك مثاراً للدهشة، غير أنه لا يعني أنني أتصور أن الفصامي يعرف الحقيقة العليا، أو يعرف أية حقيقة أعلى مما يعرف الناس. فمثل هذا الموقف المتطرف اتخذه رونالد لانج، الطبيب النفسي الإنجليزي، الذي أحرز شهرة بين عامة الناس أكثر منها بين زملائه، فليس هناك إنسان يعرف الحقيقة، وإذا وجد فلن يكون هو الفصامي، الذي لا يستطيع في معظم الأحيان التمييز بين الواقع والخيال. لكنني أعتقد أننا يمكن أن نكن للفصامي نوعا من الإعجاب لكونه شخصا يتعامل مع العالم بجدية، ولأنه لا يستطيع أن يقبل ما يراه غير مقبول من أمور الحياة. لكنه ليس بمقدوره التصدي للموقف، إذ يستحوذ عليه شعور بأنه غير مقبول وغير قادر على القبول في نفس الوقت. فهو لا يريد الإذعان لما يراه سيئا مما يجرى حوله، لكنه يشعر بأنه ليست لديه القوة لأن يحتج بصورة فعالة.

لماذا علينا إذن أن نشعر تجاهه بالقرابة؟ لأن بداخل كل منا قدرا ضئيلا على الأقل من الميل للانحراف عن السواء، لكننا، على خلاف الفصامي، نخاف أن نبوح به، فهو يضخم انحرافه عن السواء، بينما نحن نطويه داخل نفوسنا قدر الاستطاعة، ونحن نشعر أيضا في بعض الأحيان بأننا مرفوضون، وأحيانا أخرى يحدث العكس فنشعر بأننا ميالون للرفض، كما نشعر بالميل إلى توجيه اللوم أو نشعر أننا موضع لوم. فنحن كثيرا ما نشارك الفصامي احتجاجه، لكننا نظل صامتين.

فالفصامي قد يصيح محتجا، لكن صيحته تتلون بلون المرض، واحتجاجه

يتخذ صيغا غريبة مثل احتجاج جوزيف مونرو الذي اتخذ صورة رنين أصم آذان المدينة بأسرها، أو مثل احتجاج آن ماري روفيل، الذي اتخذ صورة الإحساس بالهلع عند رؤية أناس مشوهي الخلقة يلاحقونها ليوقعوا بها الأذى.

وكلما تقدمنا في فهم الفصام، لن تتكشف للقارئ جوانب الرعب الإنساني والمأساة الإنسانية فحسب بل ستتكشف له أيضا مدى قوة العقل البشري وتنوعه وثرائه. كيف يمكن أن يحدث ذلك ونحن ندرس مرضا كالفصام؟ الواقع أن دراسة الفصام تأخذنا إلى عالم «اللامعقول»، لكن «اللامعقول»، هو أيضا إنساني، وله «معقوليته» وثراؤه الخاص، فما الذي هو أكثر لا معقولية من الحلم؟ فنحن لا نستطيع أن نأخذ وقائع الحلم بحرفيتها، فالأحداث ذات الأزمان المختلفة قد نراها في الحلم تحدث في نفس الوقت والأماكن فيه قد تتشوش وتتداخل، والناس قد تبدو فيه على غير هيئتهم الحقيقية، وقد نفعل في الحلم أشياء من المستحيل أن نفعلها في اليقظة، ورغم ذلك فإن اكتشاف فرويد العظيم لمعنى الأحلام قد كشف لنا عقلانية العمل الذي يقوم به العقل حين يحلم. وما كشفه لنا فرويد عن الأحلام مكننا من فهم أبعاد جديدة للروح الإنسانية. وبالمثل، فنحن حين ندرس الفصام، إنما نستكشف عالم الخيال، عالما لا تعود الأولوية فيه للواقع بل للمجاز فهو عالم تخيلات. فبينما يظل الشخص العادي أسير الواقع، يجنح الفصامي اشد الشرود منه. فبينما نظل نحن لصيقين بأرض الواقع، نراه مثل ملاح الفضاء يتجه في استكشاف عوالم أفضل، لكن يظل هناك فرق بينه وبين ملاح الفضاء الحقيقي، ذلك أنه يواجه صعوبات خطيرة في العودة إلى كوكبنا المتواضع. فمحاولته للهروب من واقعه البشري محاولة عقيمة لأنه سيظل بشرا على الدوام. بل إنه لشدة بشريته ولشدة انشغاله بهموم البشر، لهذا السبب بالتحديد أصبح فصاميا. وفي كتابنا هذا، سنحاول أن نفهم كيف حدث ذلك وسوف نصحب المريض إلى عالم تخيلاته الذي يتسم بالغموض وبالإنسانية في نفس الوقت.

وفي كتاب لي بعنوان: «الإبداع:< ذلك «الولاف السحري» [1]، أشرت إلى إن الفصامي ليس هو الشارد الوحيد من الواقع، فالشخص المبدع، أيضا،

(1) (creativity: the magic Synthesis)

يشعر بأنه سجين داخل الأشياء كما هي في الواقع، وينحو إلى تغييرها بأن يضيف لها شيئا يجعل العالم أكثر جمالا، وأكثر قابلية للفهم، وأكثر طواعية لنا. وقد أوضحت في ذلك الكتاب كيف أن العلماء والشعراء، والفنانين، وكتاب المسرحيات، والمبدعين بعامة، إنما يستخدمون عمليات عقلية مماثلة للعمليات العقلية التي يستخدمها الفصامي-والتي يستخدمها أيضا الشخص العادي حين يحلم، فالمبدعون لديهم القدرة على دمج تلك العمليات العقلية الغريبة مع العمليات المنطقية العادية للعقل، ومحصلة ذلك هي العمل الإبداعي والمنتجات الإبداعية. لكن الفصامي ليس بمقدوره القيام بعمل ذلك الولاف الشاق.

فهو يستخدم العمليات التخيلية بطريقة مدمرة. وعلى الرغم من ذلك، وكما أوضحت في كتابي سالف الذكر، فإن دراسة تلك العمليات توضح بدرجة كبيرة مدى تعقيد النشاط الإبداعي لدى الشخص المبدع. لذلك فالفصام لا يظل أسير دائرة الاهتمام الطبي والإنساني. صحيح أن اهتمامنا والتزامنا، وانشغالنا بالفصام إنما مصدره اهتمامنا العظيم بأولئك البشر الذين يعانون منه. لكن دراسة هذه الحالة تتيح لنا، بالإضافة إلى ذلك إمكانية أن نستكشف من خلال منظورات غير عادية، متاهة العقل البشري، ذلك الكيان الذي لا مثيل في تعقيده لأية ظاهرة أخرى من ظواهر العلم، والذي يكشف لنا دائما عن جديد فيه. فنحن بدراستنا للفصام إنما ندرس بطريقة فريدة لغز الكائن البشري، في تأرجحه الأبدي بين الحقيقة والوهم، وفى عدم تيقنه الدائم من شعوره بالحب أو الكراهية، وفي رحلته الدائرية بين الشك المتزايد والإيمان المطلق، بين جوعه الذي لا يشبع للآخرين وبين وحدته وعزلته العميقة إلى ما لا نهاية. فهذه المتناقضات جميعا إنما تشكل بانوراما الوجود الإنساني.

لقد تناولت في هذا الفصل، المرة تلو المرة، حالة لم أقدم لها تعريفا. فما هو الفصام؟ الفصام حالة ليس من اليسير تعريفها مثلما نعرف الالتهاب الرئوي أو التهاب الغدة النكفية، ولا حتى مثلما نعرف الاكتئاب، لذلك سأقدم تعريفات تتزايد دقتها كلما تقدمنا في معرفة الفصام خلال الفصول التالية. لكنني سأكتفي حاليا بالقول بأن الفصام هو حالة عقلية غير سوية تصيب الكائنات البشرية وحدها، وتغير تغييرا عميقا من أنماط تفكيرهم،

وشعورهم، وسلوكهم تجاه العالم، بحيث تختلط لديهم الحقيقة بالوهم وتؤدي إلى تبنى أساليب حياتية لا تتسق مع الواقع.

2 إرهاصات الفصام

عندما نتجاهل العلامات المنذرة:

جوزيف مونرو وآن ماري روفيل، اللذين ذكرتهما في بداية الفصل الأول، أصيبا فجأة بحالة فصام حادة، أحدثت صدمة عنيفة لدى كل معارفهم. وقد كان ذلك الشاب وتلك الفتاة، وهما في مقتبل عمرهما، يبدوان موفقين في حياتهما ومتكيفين مع الواقع بصورة طيبة. فهل حدث لهما الفصام من لا شيء مثلما يحدث البرق والرعد بعد سماء صافية مشرقة؟.

الواقع أن الفصام يحدث أحيانا دون توقع، وأحيانا أخرى يحدث عقب واقعة ضئيلة الشأن، مثل حادث بسيط، يستطيع الشخص العادي أن يتغلب عليه أو يتحمله دون كبير عناء. فهل لا توجد حقا علامات منذرة بحدوث الفصام؟ دعنا نلقي نظرة فاحصة على عدد من الحالات التي تقدم لنا إمكانات متنوعة. وسوف نركز في اختيارنا على حالات الفصام التي تحدث في فترة الشباب (من سن الثامنة عشرة حتى الخامسة والعشرين) فهي الفترة الأكثر تعرضا لحدوث الفصام على الرغم من أنه قد يحدث في أي وقت. وأحب أن أؤكد أن جميع الحالات التي قدمتها في هذا الكتاب بما

في ذلك حالتي جوزيف مونرو وآن ماري روفيل هي حالات واقعية وأنني أرويها كما حدثت فعلا. فيما عدا الأسماء فهي من عندي.

أذكر مريضا قمت بفحصه منذ سنوات، عقب الحرب العالمية الثانية بمدة ليست طويلة وكان قد وقع له حادث بسيط عندما كان يقود سيارة أتوبيس ولم يكن قد مضى عليه منذ التحاقه بتلك الوظيفة سوى يومين. والحادث في ذاته لم يكن ذا شأن: إذ اصطدمت سيارة الأتوبيس بسيارة صغيرة ولم ينتج عن ذلك سوى بعض التلفيات البسيطة. ولم يصب أحد بسوء. رغم ذلك فقد أصيب السائق بحالة هياج وكان لا بد من عودته للمنزل. وأحضرته زوجته لعيادتي على الفور.

وأخبرتني الزوجة أن زوجها ظل يهذي بكلام غير مفهوم منذ وقوع الحادث قبل مجيئها بحوالي سبع ساعات. وذكرت أنها لم تلحظ أي شيء غير طبيعي على زوجها قبل الحادث، وكانت حاملا، وكانا قد تحادثا في الليلة السابقة عن خططهما بالنسبة للمستقبل وعن طفلهما المنتظر، وكانا سعيدين للغاية. وعندما رأيت المريض وجدته متهيجا وغير مستقر على حال، وكان مدركا أن شيئا هاما مثيرا للاضطراب قد حدث له، لكنه لم يستطع تحديد كنهه. وعندما دق جرس التليفون بمكتبي مرتين في حضوره اعتقد أن المكالمتين كانتا تتعلقان به. إذ لا بد أنهم يلاحقونه. ولا بد أنهم عرفوا أين يكون. ولأنه سمع صوتا نسائيا في نهاية المكالمة، افترض أنها عمته وأنها تحدثني عنه ولم يكن قادرا على إدراك ما يجري حوله. فكل شيء حوله دائب الحركة، مشوش، وغريب.

وفيما يلي بعض أقواله «العالم يسير بسرعة هائلة وهو يظل دائرا حول محور لكنه يسير دائما. ولو أن الناس في هذا العالم كانوا يسيرون بسرعة أقل. إنهم يحاولون مجاراة العالم، لكن لا يجب عليهم ذلك. إنه رأيي البائع أن الناس يندفعون بطيئا بطيئا وعندما يصلون إلى نقطة معينة، يبدأون في التحقق من أنهم يسيرون بسرعة أو ببطء وأنهم لا يستطيعون أن يكونوا قضاة العالم بينما هو يدور. العالم قد تغير، إنه يسير بسرعة، ويستمر في السير، السير، وأنا لا أستطيع أن أجاريه».

وبعد أن أتممت الفحص، أوصيت بإدخاله المستشفى وشفى خلال شهور قليلة. فهل حقا لم تبد عليه أية علامات اضطراب قبل الحادث؟

الواقع أن المريض كان قد زارني عقب عودته من الحرب بفترة وجيزة، فقد كان يواجه حينذاك صعوبة في التكيف مع الحياة المدنية وكان غير قادر على تحديد ما إذا كان عليه أن يعاود الانضمام إلى الجيش. وقد زارني بتوصية من مكتب التأهيل التابع لإدارة المحاربين القدماء. وكان المريض قد عقد خطوبته لكنه كان عاطلا عن العمل. وفي نهاية الجلسة الثانية شعر بأنه غير راغب في مواصلة العلاج، ولم أتمكن من إقناعه بالاستمرار فيه، وحاولت أن أوضح له كيف أنه يبدو شديد القلق، وأنه، وإن كان من المفهوم أن ينتابه بعض التوجس لكونه عاطلا عن العمل ويرغب في الزواج في الوقت نفسه، إلا أن قلقه زائد بصورة غير طبيعية، واقترحت عليه أن نحاول معا أن نكتشف لماذا يستولي عليه ذلك الشعور بعدم الأمان، وما الذي يمكننا عمله إزاء ذلك. لكنه لم يوافقني، وبخاصة لأن أسرته رسخت لديه الاعتقاد بأنه سليم، وأن الصعوبة الوحيدة التي تواجهه هي العمل، وبمجرد حصوله على عمل فكل شيء سيصبح على ما يرام.

وعلى الرغم من أنه أكد الدور الذي لعبته أسرته في إقناعه بأنه سوى، إلا أنه طلب مني عدم الاتصال بهم، وكان من بين الأسباب التي ذكرها في معرض حديثه عن توقفه عن العلاج، أن عليه أن يقوم بزيارة أقاربه الأثرياء، وهم من ذوي النفوذ ويقيمون خارج المدينة-عله يجد لديهم حلا لمشكلته، ولم تكن بالمريض حين رأيته أية علامات فصامية، ورغم ذلك فقد عرفت وقتها أن حالته لا تدعو للطمأنينة.

وبعد مضي ثلاثة شهور تلقيت مكالمة تليفونية من زوجته. وعند وصولها إلى عيادتي أخبرتني بأنهما قد تزوجا منذ شهر وأن أقاربه لم يوفوا بوعودهم، إلا أنه استطاع خلال تلك الفترة أن يقوم ببعض الأعمال المؤقتة، وكل شيء كان يبدو على ما يرام. وأضافت أنه منذ يومين فقط استطاع الحصول على وظيفة سائق أتوبيس.

أعتقد أننا قد أصبحنا في وضع يمكننا من تقييم ما الذي يكمن وراء تلك النوبة الفصامية «المثيرة للدهشة». فبعد عودته من الجيش، حاول المريض أن يتكيف مع الحياة المدنية، إلا أن صعوبات قديمة في شخصيته مثل خجله وميله للخوف وتردده وافتقاده للمبادأة-تلك الصعوبات التي لم يتح لها الظهور طيلة وجوده بالجيش-طفت على السطح عندما أصبح مدنيا،

وأصبحت تعوق تكيفه ثانية مع الحياة المدنية، وفي الوقت الذي عادت فيه السمات السلبية في شخصيته إلى الظهور، فإن الأعباء التي شعر بأن عليه تحملها أو التي حملها لنفسه، أدت به إلى حالة من عدم الارتياح. فقد شعر بأن عليه أن يتزوج بالفتاة التي ظلت مخطوبة له فترة طويلة والتي انتظرته حتى عاد. أما أقاربه فقد خذلوه، واعتماده عليهم ثبت خطؤه. وطبيعي أنه كان عليه ألا يعتمد عليهم بل يعتمد على قدراته الذاتية، لكنه لم تكن لديه ثقة بنفسه وكان يشعر بعدم الأمان وبخاصة لأنه ليست لديه أية مهارات خاصة ترضى أي صاحب عمل. وهو لم يتعلم أية مهنة أو حرفة. ولأن شعورا عميقا بالنقص جعله يعتقد بأنه لن يحالفه التوفيق في أية دراسة. وحتى في الوقت الحالي فإن شعوره بعدم الأمان جعله يحجم عن الالتحاق بالدراسة تحت كفالة لائحة حقوق قدامى المحاربين. ولقد أسهمت ظروف عديدة غير عادية وغير سارة حدثت في طفولته، في تكوين ذلك الشعور بعدم الكفاءة.

غير أنه استطاع، رغم كل ذلك، أن يحصل على وظيفة سائق أتوبيس، قبل الحادث بيومين اثنين، لقد كان لديه اعتقاد بأنه سيفقد وظيفته تلك، واعتقاده هذا رسخ شعوره العميق بعدم الجدارة. وكان الحادث بالنسبة إليه برهانا على صدق إحساسه العميق بعدم الكفاءة، وبخاصة وأنه كان يعلق أهمية كبيرة على تلك الوظيفة. إذ كان إحساسه بالأمن يكاد يعتمد كلية على ذلك الأساس المزعزع وهو الحصول على وظيفة مجزية والآن يحق للجميع ألا يثقوا به وقد كان أقاربه على حق عندما لم يعاونوه في إيجاد عمل له. فهو عديم الجدوى إلى حد اليأس، بل هو غير قادر حتى على مسايرة الحياة.

كانت تلك الأفكار بمثابة جرح لمشاعر اعتبار الذات وللإحساس بالهوية بدرجة لم يستطع تحملها، فأخذ يفكر بطريقة لا عقلانية وأخذت أفكاره تضطرب وتفقد اتساقها. وأصبح يرى العالم بطريقة غير مألوفة: إذ بدا له وكأنه يجري سريعا، بدرجة لا يستطيع معها أن يلاحق حركته، فشعوره بعدم الكفاءة، ذلك الشعور المتغلغل في حنايا نفسه، حوّله المرض بصورة مجازية إلى إحساس بعدم القدرة-بالمعنى الفيزيائي-على ملاحقة حركة العالم. ومن المحتمل أن يكون الحادث قد أمده بفكرة الحركة. وخلال

ساعات قليلة كان من الواضح أن أفكاره الخاصة الغريبة (مثل فكرة أن عمته تحادثني بشأنه) قد وصلت إلى أقصى مداها، وكانت التصورات «اللاعقلانية» تنمو في تتابع سريع. إذ كانت رؤيته للأشياء قد تغيرت بالفعل، فأصبح ينظر إليها بطريقة مختلفة ومشوشة وكان عليه أن يحاول إعادة تفسير الواقع.

وقد يقول بعض القراء، وهم على حق، إن كثيرا من الناس قد يمرون بمثل ذلك الحادث البسيط دون أن يصابوا بالفصام. وحتى لو كان الحادث من النوع الذي قد تنتج عنه خبرات حياتية غير سارة ومثبطة للروح المعنوية، فإن معظم الناس بمقدورهم التغلب على صعوباته دون كبير عناء. وهناك من يمضون في افتراضهم خطوة أبعد فيقولون: بأن مرضه إنما كان نتيجة لتغيرات كيمائية حيوية في المخ، وأن الحادث لم يكن سوى القشة التي قصمت ظهر البعير.

ولست أود-عند هذه النقطة-أن أخوض في مناقشة أسباب الفصام. فذلك موضوع معقد سيناقش في حينه. على أنه فيما يختص بمريضنا هذا. يمكن القول بأن هناك احتمالا كبير أن يكون على درجة غير عادية من الحساسية جعلته أقل كفاءة في مواجهة بعض الظروف، وأكثر تأثرا ببعض المواقف. وكما سنرى فيما بعد، يمكننا القول بأن حساسيته تلك، تجعله، تحت تأثير خبرات شديدة الوطأة، عرضة لحدوث تفاعلات كيمائية في المخ تفوق من حيث الكم تلك التي تحدث في الشخص العادي. لكن يظل هناك الكثير من الخصائص الفردية التي لا يمكن تجاهلها. فأيا كانت حساسية المريض الخاصة أو قابليته للمرض ما كان لها أن تسبب المرض ما لم يكن قد أتيح لها أن تشكل لديه، نزعات سلبية متنامية تجاه الحياة. ومثل تلك العوامل النفسية غير المواتية تزيد بدورها من حساسية وقابلية المرض.

كذلك لا نستطيع اعتبار حدوث النوبة الفصامية يوم الحادث مجرد صدفة. فهل كان بإمكان أي حادث من نوع مغاير أن يحدث الأثر نفسه في المريض؟ بمعنى أنه لو أن قدمه انزلقت مثلا فوقع على الأرض فكسرت ساقه، هل كان يصاب بنوبة فصامية؟ الإجابة (لا). لأن حادث الانزلاق وكسر الساق لا يحمل نفس الدلالة بالنسبة للمريض. فالحادث الذي يسبب

صدمة نفسية لشخص ما، إنما هو ذلك الذي يشعر المريض بعدم كفاءته وبالتالي يؤذي شعوره بتقدير الذات، لقد بدا المريض شديد القابلية للمرض في المرتين اللتين رأيته فيهما، فقد رأيت أن افتقاده الإحساس بالأمن ينبئ بمتاعب قادمة، وحاولت إقناعه بالاستمرار في العلاج، لكني لم أستطع التغلب على تأثير أقاربه عليه، ولا على رغباته هو.

وهذه الحالة مثال توضيحي لعديد من الأشياء. فأولا، هل وقعت في بعض الأخطاء تجاهه؟ أعتقد أنه كان عليّ أن أكون أكثر حزما في الإصرار على مواصلته العلاج على الرغم من المعارضة القوية التي واجهتها. وإن كان عليّ أن أعترف بأنه في ذلك الوقت أي منذ حوالي ثلاثين عاما، تحدد سلوكي بمقدار المعارف المتاحة لي آنذاك. وبالإضافة في ذلك، فنحن نعرف أنه حتى في الحالات التي نرى فيها إشارات منبئة بمتاعب قادمة، فهذه المتاعب قد لا تحدث في الواقع، كذلك فقد شعرت وقتها، مثلما أشعر الآن، بأن على الطبيب النفسي-حتى إذا رأى علامات خطر-أن يقدم توصياته ويترك القرار النهائي للمريض أو لأقرب شخص إليه. فإذا لم يكن المريض قادرا على أن يتخذ القرار السليم بنفسه، فعلى الأسرة أن تلتزم بتوصيات الطبيب النفسي، ما لم تكن هناك دواع قوية ومقنعة لغير ذلك. إذ لو أنه أمتثل للتوصيات وأكمل العلاج، لكان من الممكن تجنب الفصام. فأيا كانت درجة الضعف في تكوينه الشخصي، فلم يكن ذلك الضعف واضحا للعيان، إذ لم يحدث أن ساور الشك أحدا في أن به شيئا غير سوى لهذه الدرجة إلى أن أصابه المرض وقد كان من الممكن أن يتغير مساره نحو الفصام منذ مدة طويلة، لو أن شيئا تم فعله خلال فترة المراهقة بحيث يؤدي في تغيير صورة الذات لديه.

ولنعد ثانية إلى حالة جوزيف مونرو، الذي ورد ذكره في الفصل الأول. لقد أصيب الكل بذهول لتلك النوبة المفاجئة التي أصابته، على الرغم من أن كثيرين كانوا يشعرون بأنه كان بادي التبرم، كما لاحظ أفراد أسرته أنه كان يحاول السيطرة على شعوره بالاستياء ويتجنب الحديث عنه كما لو كان شيئا مخجلا. كذلك لاحظ والداه وأخته أنه يواجه صعوبة متزايدة في الاستيقاظ صباحا، لكن أحدا لم يفطن إلى أن الصعوبة الحقيقية التي كانت تتزايد يوما بعد يوم إنما كانت قدرته على مواجهة الحياة. إلى أن

حدث ذات صباح أن أخذ جرس المنبه يرن عاليا لدرجة بدا معها أن الناس جميعا لا بد سينهضون من نومهم. فالرنين لا بد أن يكون قد أيقظ المدينة كلها، أيقظها لتواجه واقعا مزعجا مروعا.

وجدير بالذكر، أن أبويه وإن كانا قد لاحظا تغيرا في أحواله، إلا أنهما لم يشاءا التدخل في خصوصياته. فقد كانا يعتقدان أنه ليس من حقهما التساؤل عما به ومن ثم لم يستطيعا التعرف على سبب متاعبه. لقد كان وراء عجزه عن مواجهة يومه، تاريخ طويل حزين مطوي داخل نفسه. ورغبة أبويه في «عدم التدخل في شئونه الخاصة» إنما كانت نوعا من التبرير: إذ لم يحدث أن شعرا أنهما قريبان منه بالدرجة التي تسمح لهما بالاستفسار عن أموره الخاصة.

أما آن ماري روفيل فكانت قد أخبرت أبويها أنها تشعر بأنها غير مرغوب فيها وأنها لن تجد رجلا يحبها ويتزوجها، كما أنها لن تستطيع الحصول على عمل يناسب طموحاتها، غير أن أسرتها كانت تفسر ملاحظاتها تلك على أنها تشاؤم، بعيد تماما عن الواقع، ولا يستحق الاهتمام، وهكذا احتفظت ماري بكل متاعبها داخل نفسها. ولم تفصح عن إرهاصات المرض. فقد كانت تلك الإرهاصات، مؤلمة للآخرين ولنفسها، فلم تشأ أن تعبر عنها.

العلامات الحادة:

في هذا الفصل سأقدم أمثلة أخرى لحالات تتخذ فيها إرهاصات الفصام شكلا حادا ولحالات أخرى تتبدى فيها بصورة تدريجية، كذلك سأتناول بعض الأعراض التي يظن خطأ أنها فصامية وتسبب للأقارب مخاوف لا مبرر لها.

وفيما يلي مثال لإحدى الحالات الشائعة: طالب جامعي حديث العهد بالدراسة الجامعية يتصل هاتفيا بوالديه ويخبرهما أنه ليس على ما يرام، وأنه يشعر بعدم القدرة على مواصلة الدراسة، كما يشعر كأنه «يتصدع ويتمزق إربا». فكيف يستجيب الآباء؟ وهل تعتبر المحادثة دليلا على أنه يعاني من انهيار عصبي وتعتبر إنذارا بقرب حدوث الفصام؟. كلا. إذ ليس من الضروري أن يكون الأمر كذلك. فالآباء يعلمون أن الشباب الذين يذهبون

للدراسة بعيدا عن أهلهم للمرة الأولى يواجهون صعوبة كبيرة في التأقلم مع البيئة الجديدة، إذ عليهم أن يقوموا بخدمة أنفسهم، وأن يقيموا صداقات جديدة وأن يواجهوا متطلبات الدراسة. وعلى الآباء في تلك الأحوال أن يطمئنوا أبناءهم ويظهروا تجاههم مشاعر التعاطف وأن يوضحوا لهم كيف أن الصعوبات التي يشعرون بها إنما هي صعوبات مألوفة وأنهم سيتغلبون عليها بمضي الوقت. وعليهم كذلك أن يطلبوا منهم أن يحادثوهم ثانية، وأن يقوموا هم بالاتصال بأبنائهم تليفونيا في اليوم التالي للاطمئنان على زوال حالة القلق الحاد.

لكن إذا لم تزل تلك الأعراض أو زادت دون مبرر، أو إذا كرر الطالب الاتصال بهم مرارا وكان الانزعاج باديا في نبرات صوته، أو ظل الشعور بتصدع كيانه يلح عليه، حينئذ يجب اعتبار ذلك بمثابة استغاثة، بمثابة رسالة تنطوي على شك خطير في قدرته على مواجهة ذلك الموقف المشحون بالقلق حين وجد نفسه بعيدا عن أهله للمرة الأولى، ومن الجائز أنه قبل الرحيل كان يبدو في أحسن أحواله، وأنه مقبل على دراسته على نحو طيب، إلا أن ذلك لم يكن سوى انطباع أعطاه للآخرين حين كان بين أهله مشمولا برعايتهم في كثير من أمور حياته.

وهناك عدة طرق لمواجهة مثل ذلك الموقف: فقد يطلب الأب من أحد الأصدقاء أو المعارف الذين يعيشون بالقرب منه، أن يقوم بزيارته ويطمئنه قدر الاستطاعة وأن يخبر الأهل بتقديره للموقف. لكن التصرف الأكثر فعالية في هذه الحالة أن يذهب أحد الأبوين أو كلاهما لرؤية الابن والإقامة معه يومين أو ثلاثة لتقييم الموقف فإذا كان كل ما يحتاجه هو بعض الطمأنة، وبعض الحنان الأبوي، وبعض النصائح الخاصة بكيفية التعامل مع الأمور الجديدة التي تواجهه، وكان من شأن ذلك أن استعاد الابن طمأنينة النفس، فبإمكان الأبوين أن يعودا مرتاحي البال، ويكونا قد أنجزا عملا هاما للغاية.

لكن إذا استمرت حالة القلق وكان الابن يقاوم بإلحاح ترك أبويه له وظلت حالة عدم الطمأنينة تزداد حدة، وكانت محاولات الأبوين لطمأنته تلقى دائما معارضة وإصرارا على أن محاولتهما لا جدوى منها لأن هناك أشياء أخرى تهدد إحساسه بالأمن، إذا حدث ذلك، فعليهما أن يفكرا جديا في اصطحابه معهما إلى البيت، ويفضل أن يتم ذلك بعد استشارة أخصائي.

ولا يعني ذلك أن على الطالب أن يتخلى عن دراسته. إذ قد لا يتطلب الأمر أكثر من تأجيلها بعض الوقت، ربما لستة شهور لا أكثر، يكون خلالها قد تلقى علاجا وتحليلا نفسيا لاكتشاف مصادر قلقه. ولا شك أن اتخاذ قرار بترك الدراسة أمر خطير، سواء بالنسبة للأبوين أم للابن، وخاصة بعد الاستعدادات المليئة بالبهجة والتوقعات الواعدة، غير أنه قرار، مهما كان مؤلما، يجب اتخاذه في ظروف معينة تجنبا لمشكلات أكثر خطورة.

عند هذه النقطة قد يتساءل بعض القراء عما إذا أعتبر ترك الأهل والذهاب إلى الجامعة سببا كافيا في حد ذاته لحدوث واحد من أخطر الأمراض العقلية. والإجابة لا طبعا. إذ أن أكثر من 99٪ من الطلبة الذين يفعلون ذلك لا يصابون بمثل ذلك الاضطراب غير أنه في حالة مثل التي ذكرت، كانت الأرض مهيأة لحدوث ما يسمى بالهلع الفصامي. إذ أن ثمة عوامل عديدة، منها التعاقبات الخاصة لأحداث سيكولوجية لم تكن ذات أثر من قبل، ومنها عوامل أخرى (سنتناولها بالتفصيل فيما بعد) مثل العمليات الكيميائية الحيوية الخاصة أو الحساسية الخاصة للجهاز العصبي، يحتمل أن تكون قد أسهمت مجتمعة في خلق مناخ من عدم الأمان وعدم التوازن النفسي، جعله ذا قابلية عالية للمرض. وتلك القابلية التي لم تكن بارزة في جو البيت أصبحت أشد كثيرا في الظروف الجديدة. فهل كان من شأن تلك القابلية أن تحدث نفس الأثر لو أنه تعرض لصعوبات من نوع مغاير؟

دعونا نفترض أن هذا الطالب لم يكمل دراسته، والتحق بعمل ما، فهذا العمل أيضا سيشكل تحديا له. فهل كان بمقدوره أن يواجه مثل ذلك التحدي دون أن ينهار؟ وبتعبير آخر، هل هو شخص من ذلك النوع الذي يجب دائما أن يعامل بحرص وأن يدلل وأن عليه أن يتجنب أي نوع من الضغوط؟ كلا، فليس ثمة ما يحتم ذلك. وكل حالة يجب أن تقيّم على حده.

والأطباء النفسيون الذين درسوا سيكولوجية الفصام يعلمون أن ثمة مواقف معينة تحدث بعض الإجهاد لدى غالبية الناس، لكنها تتسبب في مضاعفات خطيرة لدى قلة منهم. وبتعبير آخر، فالعتبة الفارقة التي يلزم اجتيازها كي يحدث الهلع الفصامي ليست واحدة بالنسبة للجميع. وقد يعزي انخفاض تلك العتبة أحيانا إلى عوامل بيولوجية أو وراثية، وقد يرجع بدرجة أكبر إلى عوامل نفسية. فالشعور بعدم القدرة على إنجاز عمل ما،

كما حدث للجندي الذي ذكرنا آنفا، وكما يحدث لبعض طلبة الجامعة يصبح ذا أثر مدمر نتيجة للدلالة الخاصة التي يضفيها عليه المريض. فالاختلال العقلي تتزايد احتمالاته عندما ينطوي الحدث عل صدمة قوية لصورة الذات لدى الفرد.

وقد أبديت ملاحظة أثناء مناقشة حالة الجندي هي أن موقفا معينا يشكل خطرا إذا مس نقطة حساسة معينة لديه. هذه الحساسية الخاصة أو القابلية المعينة قد يصعب حتى على الطبيب النفسي الكفء اكتشافها وفي معظم الأحيان لا تكتشف بسبب تجاهل العلاقات المنذرة. فأحيانا لا يلاحظ الآباء تلك العلامات أو هم يرفضون رؤيتها، وإن كانت نواياهم حسنة ومشاعرهم مفهومة. إذ من المؤلم للآباء أن يتقبلوا مثلا: أن يذهب أصدقاء أبنائهم كل إلى كليته، بينما أبناؤهم لا يستطيعون ذلك. لذلك فهم يتجاهلون نداءات أبنائهم لمساعدتهم. ويمكن أن يترتب على ذلك عواقب عديدة: فقد يصاب الطالب في نهاية الأمر بالمرض، أو قد يبحث عن مهارب لتجنب القلق. وهناك مهربان. شائعان نسبيا. أولهما: السلوك الجنسي الذي لا يتفق مع شخصية المريض السابقة، ولا مبادئه وأهدافه، والذي يؤدي إلى المزيد من الإحساس بعدم الرضى. وثانيهما: الانغماس في تعاطي الماريجوانا أو الحشيش أو إدمان العقاقير المخدرة أو المنشطة، والمهرب الأول، على الرغم من معارضة معظم الآباء له قد يؤجل حدوث الفصام، أما الثاني فمن شأنه أن يعجل بحدوثه.

والابتعاد عن الأهل لأي سبب من الأسباب-وليس فقط من أجل الدراسة- قد يزيد بصورة حادة من مخاطر حدوث الفصام. فحالة الهلع التي يصاب بها طلبة الجامعة المغتربين قد تحدث بنفس المعدل للفتيان الذين يقضون بعض الوقت في معسكرات بعيدة عن ذويهم.

إلا أن حدوث تلك الحالة داخل المعسكر أقل خطورة لسببين على الأقل: أولهما أن أولئك الفتية لم يبلغوا بعد السن المعتادة لحدوث الفصام. إذ لا تكون الشخصية قبل هذه السن قد بلغت درجة التعقيد الذي يسمح لها بممارسة الصراعات العميقة التي يمكن أن تؤدي إلى الفصام. وثانيا، فصغر سن الفتية المقيمين في المعسكر، وعدم الأهمية النسبية لبقائهم فيه بالمقارنة بالكلية الجامعية يجعل الآباء أكثر تقبلا لإعادة أبنائهم إليهم عند الضرورة.

كذلك تحدث للشباب الذين يعيشون بعيدا عن أوطانهم نوبات حنين للوطن إذ يشعرون بالاغتراب في البلد الأجنبي، ويستبد بهم الشوق للعودة لوطنهم فالإقامة في بلد أجنبي تولد الشعور لدى المغترب بأنه ثمة مسافة بينه وبين الناس أو بأنه يفتقد من ألف من الناس. ومثل أولئك الأشخاص يجب أن يعودوا لوطنهم في أول فرصة إذا ما استمرت لديهم تلك المعاناة.

ومن بين الحالات التي قد تزيد بصورة حادة من درجة القابلية للفصام دون توقع، حالة الولادة. فولادة طفل حدث يستقبل عادة بسرور. فالإنجاب يبرز لدى الأم هويتها الأنثوية كما أن مشاعر الأمومة تكشف لها عن بعد ثري في شخصيتها، لكنها بعد الولادة ربما تجد الواقع مختلفا تماما. وفي مثل هذه الحالات، تجد الأم نفسها بعد أيام من الولادة، قد بدأت تشعر بالقلق والريبة والاستثارة، ثم تصبح لا عقلانية وغير مترابطة التفكير مثل الفصامي تماما. ولحسن الحظ فإن عدد هذه الحالات ليس كثيرا، لكننا رغم ذلك، نجد أن بعض الإرهاصات كان يمكن أن تبين لنا أن مثل تلك المرأة لم تكن معدة جيدا للإنجاب وللأمومة، وأن المتاعب التي حدثت لها كان يمكن تجنبها.

فربما تكون قد رضخت لضغوط من زوجها أو من أهله أو من المجتمع كي تنجب، بينما تساورها في الواقع شكوك خطيرة في قدرتها على الأمومة. إذ قد تتساءل عما إذا كان بمقدورها أن تكون أما على درجة طيبة من الكفاءة، وقد تعقد مقارنات لا شعورية بينها وبين أمها. فقد تشك في أنها ستصبح في مثل كفاءة أمها. أو كما يحدث غالبا، قد ينتابها القلق من أن تصبح أما فاشلة مثلما كانت أمها من وجهة نظرها. كذلك فقد تتساءل: هل هي تريد طفلا؟ وهل ترغب حقا في التخلي عن عملها لكي ترعى طفلها؟ وغالبا ما نجد أنها لا تود ذلك. وأنها لا ترغب في أن تكون أما، ولا تعتقد أن بمقدورها أن تصبح أما جيدة. إذ تتصور نفسها امرأة فاشلة، غير قادرة على تحمل أعباء الأمومة.

فالأفكار والمشاعر المشوهة، والتوجسات غير المتسقة مع الواقع والمبالغات، والمفاهيم الخاطئة، كل ذلك قد يصل بها إلى حالة من اليأس تجعلها شديدة القابلية للمرض العقلي مثل الاكتئاب العميق أو الفصام. ولو أنها صارحت أحد المختصين بشكوكها تلك قبل الحمل أو حتى أثناءه، لكان

بالإمكان مساعدتها ولكان بالإمكان تجنب المرض في أغلب الأحيان. بل لو أنها صارحت حتى زوجها أو صديقة حميمة لربما اختلف الأمر. على أن كثيرا من النساء لديهن تلك الصراعات النفسية، والبعض منهن يعاني منها لكنه قادر على السيطرة عليها باستثناء قلة لا يستطعن ذلك، لأسباب كيمائية أو نفسية أو غيرها. وفي مثل تلك الحالات، تشتد الصراعات بعد الولادة حين تواجه المريضة بطفلها.

ولو أننا استطعنا تجنب أو تعديل الظروف التي سببت الإجهاد العصبي وأدت بالتالي لزيادة القابلية للمرض، لأمكن تجنب حدوثه. لكننا لو حاولنا إزالة تلك الظروف بعد حدوث المرض فعلا، فنجاحنا في التغلب عليه مشكوك فيه. إذا طالما بدأ المرض فعلا، فالأمر يتطلب ما هو أكثر من مجرد إزالة الموقف المسبب له. إذ يتطلب الأمر حينذاك برنامجا علاجيا محكما، يشتمل غالبا على العلاج النفسي الطويل وعلى العلاج الدوائي، حتى يمكن تجنب آثار الحالة العقلية غير السوية أو التغلب عليها.

وهناك قلة من المختصين تفضل أن يمر المريض بالخبرة الفصامية ثم يشفى منها على أن يحتفظ بالمرض في حالة كمون دون أن يصاب به، فالنوبة المرضية في رأيهم تقوى الشخصية. لكني لا أوافق على وجهة النظر هذه إطلاقا. فإذا كان من الصحيح أن بعض المرضى يكتسبون شخصية أقوى نتيجة للمرض وخصوصا نتيجة للعلاج، فعكس ذلك يحدث في أكثر الحالات. والمخاطرة كبيرة. وأفضل شيء يمكن عمله بالنسبة للفصام هو الوقاية منه. وسنورد ذلك تفصيلا في الفصل الحادي عشر.

علامات تظهر ببطء وبطريقة متسللة:

عرضنا حتى الآن حالات فصامية تظهر فيها الأعراض المنذرة بصورة حادة فجائية، غالبا نتيجة لحدث خاص وغير عادي، وهي أعراض من اليسير التنبه إليها.

لكن العلامات المنذرة تتخذ في معظم الأحيان صورة أقل وضوحا وتنمو خلال فترة طويلة. وتوخيا للدقة، عليّ أن أشير إلى أن الأعراض بطيئة الحدوث التي تظهر بصورة متسللة، كثيرا ما توجد حتى في الحالات التي عرضت لها والتي ظهرت فيها العلامات بصورة حادة نتيجة لعوامل مرسبة

حادة انضافت إلى مسارها، وسوف أعرض بصورة موجزة بعضا من تلك العلامات الأقل وضوحا. (وسوف نناقش هذه المسألة مرة أخرى في الفصل الخاص بالوقاية من الفصام).

وأود أولا أن أوضح حقيقة هامة، هي أن أيا من تلك العلامات ليست دليلا مؤكدا أو حتى مرجحا لحدوث الفصام. فالواقع أن كثيرا من الأشخاص الذين توجد لديهم تلك العلامات لا يصابون بالفصام. كل ما في الأمر، أن معدل حدوث الفصام بين أفراد تلك المجموعة أعلى عدة مرات منه في عموم الناس. وسوف أقدم فيما يلي بعض تلك العلامات المتفاوتة الشدة:

1- حدوث تغير ملحوظ في الشخصية. ويحدث ذلك أحيانا بإيقاع بطيء حتى أن من يعيش مع هذا الشخص لا يلحظ عليه أدنى تغير لكن من يغيب عنه طويلا يعتقد حين يراه أنه شخص آخر. إذ يجده أقل تنبها لما حوله وأكثر ترددا، وأقل فاعلية. كما يجد أن مستوى تحصيله الدراسي قد انخفض حتى أصبح عرضة للرسوب أو حتى للفصل. وأصبح يبدو لا مباليا تجاه كثير من الأشياء التي كانت فيما مضى موضع اهتمام بالغ.

وأحيانا يحدث العكس إذ نجده قد أصبح أنيسا طيبا ربما إلى حد الوقاحة في أمور كان موقفه منها يتسم بالخجل والتحفظ الشديد كالأمور الجنسية مثلا إذ نجده الآن سافرا في مغازلة الجنس الآخر واستثارته بالكلمات والإيماءات. وفي بعض الأحيان يصرح لأهله وأصدقائه بعدم قدرته على التحكم في اندفاعاته السلوكية. إذ تصدر عنه بعض الأفعال التي يجب أن يكون لديه شعور بمسئوليته عنها، إلا أنه يشعر تجاهها كما لو كانت صادرة عن سواه. وأحيانا يحدث خلط بين هؤلاء وبين السيكوباتيين أو السوسيوباتيين-وهم أناس يعانون من اضطراب في الشخصية يجعلهم يسلكون سلوكا مضادا للمجتمع كالسرقة مثلا، تنفيسا عن مشاعرهم أو إرضاء لرغباتهم. لكن الأشخاص ذوى القابلية العالية للفصام ليسوا سيكوباتيين، وعندما يصابون بالفصام فإن فرصتهم في الشفاء أفضل كثيرا من السيكوباتيين.

2- وقد يصبح الشخص غير مستقر على حال، دائم التحفز لفعل ما، يسأل كثيرا من الأسئلة دون داع، ويصبح شديد الحساسية، ويميل إلى إساءة التفسير أو إلى افتراض وجود تلميحات مغرضة، في أية ملاحظات

بريئة لبعض الناس-فماذا سألت الأم ابنتها، مثلا، لماذا ترتدي هذا الثوب بالذات في هذا اليوم، قد تفسر الابنة تساؤل أمها على أنه انتقاد لا يحتمل، وربما تجرح هذه الملاحظة كبرياءها الذاتي كما لو كانت أمها قد قالت: «لكم هو غير لائق أن ترتدي ذلك الثوب». والذي يدعو للانزعاج أن إساءة الفهم تلك تتكرر بصورة متزايدة وبخاصة في مواقف لا يتوقع أحد أن يساء تفسيرها على ذلك النحو.

وهناك حالات يميل الناس فيها إلى نسبة مقاصد خاصة (وخاطئة) إلى تصرفات الآخرين تجاههم. وأحيانا يكون ذلك ناشئا عن ضعف التواصل بين أناس لا يقبلون بعضهم بعضا بدرجة ما. إذ يحدث ذلك مثلا بين الحماة وزوجة الابن أو بين زوجة الأب وابنة الزوج وبدرجة أقل كثيرا بين زوجة الأب وأبناء الزوج، لكن على أية حال، لو تكررت إساءة الفهم من شخص إلى حد غير معقول يعني ذلك أن ثمة متاعب مرضية في طريقها إليه.

فمثلا حين تعتقد فتاة في السابعة عشر من عمرها، أن زوجة أبيها تتعمد الاستماع إلى موزار وفيفالدى خصيصا كي تضايقها بدعوى أن زوجة أبيها لا بد تعلم أنها لا تحب سوى موسيقى الروك، فإن مثل هذا التصرف الصغير الشأن يوحي بأشياء كثيرة.

وبطبيعة الحال، فوراء تلك التفسيرات الخاطئة-التي تفترض فيها ابنة الزوج نوايا سيئة في تصرفات زوجة أبيها-توجد مشاعر التنافس معها وتوجد مشاعر الاحتجاج ضد الأب الذي تزوج ثانية ولم تنقض على وفاة أمها سوى فترة وجيزة، ومن ناحية أخرى يمكن أن تكون لدى زوجة الأب مشاعر رفض ضد ابنة زوجها جعلتها لا تضع اعتبارا لاحتياجاتها ورغباتها-مثل رغبتها في الاستماع إلى بعض موسيقى أروك أحيانا-وأيا كان الأمر، ففي حالتنا هذه فإن نسبة مقاصد سيئة لزوجة الأب من قبل ابنة زوجها تجاوزت حدود إساءة الفهم المعتاد وكان يجب أن يوجه إليها اهتمام خاص.

وأحيانا تحدث إساءة الفهم في علاقات العمل حين يشعر الموظف بأن رئيسه غير منصف له، مغال في طلباته، أو أنه يبدي تعليقات غير لائقة.

3- وهناك نمط آخر من السلوك كان أكثر انتشارا بكثير في الماضي غير أنه مازال متكرر الحدوث حتى اليوم، ذلك هو الانسحاب التدريجي من

الحياة حيث ينمو لدى الشخص ميل متزايد للتحفظ وللانغلاق على الذات حتى يصبح شخصية منطوية على ذاتها، وقد يجهد نفسه كيلا يصبح أمره لافتا للنظر. لكنه يبدو كأنه في برج عاجي أو أن ثمة حاجزا يفصل بينه وبين بقية البشر، إذ يبدو أقل تلقائية، غير مبال بما يجري حوله، ساعيا إلى اختزال احتياجاته مقللا من تعامله مح الآخرين ومن نشاطاته إلى أقصى حد. وفي بعض الحالات يحتفظ بعلاقات شخصية محدودة، لكنه حينئذ يسمح لنفسه أن يكون منقادا للآخرين.

4- وقد يصبح الشخص قلقا يعاني من إحساس شديد بعدم الأمان. فعلى الرغم من أنه ذو طبيعة دائمة التوجس إلا أن توجسه وصل إلى حد اليأس. فأصبح في شك متزايد تجاه إمكان نجاحه في أي شيء وأصبح مشغول البال بعدم جدوى أفعاله. ويتوقع الفشل في كل شيء: كما أصبح يحجم عن التحدث عما يدور بداخله خشية أن يسيء الآخرون فهمه. والواقع أن الناس يرون فيه شخصا متشائما أو مكتئبا فقد الأمل في كل شيء. لكنه في الحقيقة ليس مكتئبا لأنه لم يستسلم بعد. ولأنه لم يستسلم بعد، فهو يعاني من قلق بالغ. وأحيانا يبدو قلقا تجاه كل الأشياء، بل قد يصل به الأمر إلى أن تسيطر عليه مخاوف غير منطقية.

وهناك حالتان يجب أن تكونا موضع اهتمام الآباء والأقارب هما: حالة الإفراط في تعاطي الكحول إلى درجة التسمم الكحولي المتكرر، وحالة تعاطي العقاقير المؤثرة على الحالة النفسية.

فتعاطي الكحول بإفراط يلزم تجنبه دائما، لكن بالنسبة للحالات التي نتحدث عنها، فالمسألة أكبر من مجرد تعاطي كحول، إذ أن الشخص في هذه الحالات إنما يتعاطى الكحول لكي يخفي عن نفسه، أو يدفع عن نفسه، إحساسا بالقلق هو من الشدة بحيث يمكن أن يدفع به إلى حالة فصامية.

كذلك فالعقاقير المؤثرة على الحالة النفسية يمكن أن تكون بمثابة مهرب، لكنه مهرب وهمي. فالقلق يجب أن يعالج بالطريقة السليمة، التي تتطلب غالبا مساعدة المختصين.

والعلامات المنذرة التي ذكرتها حتى الآن يتواتر حدوثها بالذات فيمن هم في أواخر المراهقة حتى أوائل العقد الثالث. وعلى أية حال، فمن المهم

أن نلاحظ العلامات المنذرة في أوائل المراهقة والطفولة، حيث إمكانية حدوث الفصام، عموما لا تزال بعيدة.

والعلامات الباكرة المنذرة بحدوث متاعب، كثيرا ما تنأى عن الملاحظة في فترة المراهقة. فالمراهقة مرحلة يظل تأثيرها محسوسا طوال العمر. إذ بينما أعطت أبحاث التحليل النفسي المبكرة أهمية قصوى لفترة الطفولة على اعتبار أنها المرحلة التي تحدد إلى درجة كبيرة مراحل النمو التالية كافة، فإن الأبحاث المعاصرة تعطي أهمية كبرى أيضا لمرحلة المراهقة، من حيث تأثيرها على تشكيل الشخصية فالمراهقة مرحلة من الحياة تقدم لنا أشد السمات والأنماط السلوكية تباينا-فمن الرغبة المتعاظمة في محاكاة الآخرين الذين هم موضع إعجاب المراهق، إلى السعي المضني والمتواصل لأن يصبح المراهق مختلفا عن الآخرين، وأن يتخذ في حياته مسارا بعيدا عن المألوف، يكون شاذا أحيانا إلى درجة الجموح. هذا التباين الشديد ليس من الضروري أن يكون منذرا بحدوث فصام على رغم التشابه بينه وبين الانحرافات السلوكية التي تحدث في حالات الفصام. وبعض النظريين يفسرون الفصام على أنه مرحلة من مراحل النمو مشابهة لمرحلة المراهقة. وآخرون يعتبرون فترة المراهقة حالة فصامية أكثرنا يشفى منها. لكن بالنسبة لي، فمثل تلك الأفكار تبدو مضللة وفي أحسن الأحوال أساليب مجازية في التعبير. فمن الصحيح أن المراهقة هي مرحلة من العمر تتفتح فيها آفاق جديدة وتنبثق فيها مشاعر جديدة، وبالتالي فهي مرحلة نمو تزخر بحالات عدم التيقن والتمرد وحتى بأكثر الأنماط السلوكية غرابة، وكل ذلك يذكرنا بالفصام، لكن ثمة فارقا هاما: إذ بينما تؤدي المراهقة إلى نمو الشخصية حتى في الفترات العاصفة، فإن الفصام يؤدي إلى تحلل الشخصية أو إلى الحد من نشاطات الحياة.

وفي بعض الحالات نجد المراهق شغوفا بإقامة علاقات مع الآخرين شغفا يصل إلى حد الهوس. ثم بعد فترة نجد أن ذلك الجوع المفاجئ-الذي لا يشبع-إلى الدخول في خبرات جديدة، يعقبه انسحاب سريع من العلاقات الاجتماعية، ثم بعد حين يتجدد الشغف ثانية-، وتتكرر الدورة. مثل هذا النمط من السلوك يجب أن يكون مدعاة للاهتمام. إذ علينا أن نتقصى الأمر لنعرف ما إذا كان هذا البحث الذي لا ينتهي هو في الحقيقة بحث

عن النمو واستكشاف للحياة أم أنه دلالة على أن المراهق لا يستطيع قبول ما يقدمه له الواقع أو غير قادر على الاستفادة منه بالشكل الملائم. وفي حالة الشك، علينا أن نستشير أحد المختصين.

وأحيانا تحدث العلامات المنذرة في وقت مبكر للغاية، فبعض الفتيان الذين يصابون في أواخر مرحلة المراهقة بنوبات فصامية مثيرة للدهشة كانوا دائما «أطفالا مهذبين» نادرا ما يبكون أو يكذبون أو تتنابهم حالات هياج انفعالي غاضب وهم لم يتسببوا في أية متاعب لوالديهم، دائما مطيعون، دائما يؤدون ما يطلب منهم على خير وجه. فإذا لاحظ الأب الواعي استمرار هذا النمط من السلوك المتسم بسلبية واضحة لدى طفله، عليه أن يتساءل عما إذا كان الطفل حقيقة في سلام مع نفسه، أم أنه غير قادر على المواجهة. هل يرضخ رغبة في إدخال السرور على الآخرين، أم خوفا من استثارة مشاعر عدم الرضا لديهم؟ هل هو حقيقة شخص راض عن نفسه، أم أنه عازف عن إظهار عدم رضاه؟. إذ غالبا ما تخفى صفة «الولد المهذب» و «البنت المهذبة» قدرا بالغا من المعاناة. فالتقبل السلبي للحياة كما هي، دونما نبضة من الفردية أو الأصالة، حالة تتطلب مزيدا من البحث.

أعراض تفسر خطأ على أنها فصامية:

وهناك بعض أنواع السلوك والعادات التي قد تزعج الآباء دون داع. ومن المهم أن نذكر أكثرها شيوعا. وإحدى تلك العادات ليس ثمة ما يدعو لذكرها لأن معظم الناس قد أدرك أن الاعتقادات القديمة بشأنها ثبت عدم صحتها. ورغم ذلك ففي بعض المناطق المتخلفة من العالم ما زالت الفكرة القديمة قائمة وهي أن الإفراط في ممارسة العادة السرية يؤدي إلى الفصام أو هو نذير بقرب حدوثه. وحتى كتب الطب النفسي التي كانت تصدر حتى بدايات هذا القرن، كثيرا ما كانت تردد فكرة أن الإفراط في ممارسة العادة السرية يؤدي إلى المرض العقلي. وإذا كان هناك بعض الآباء لا يزال لديهم هذا الاعتقاد حتى الآن، فعليهم أن يتخلوا عنه على الرغم من أنه يستند إلى تراث استمر قرونا عديدة، ويجب ألا يشعروا بأي حرج لكون تلك الفكرة ظلت مقبولة لديهم حتى اليوم.

ومن الغريب أن ثمة حالة أخرى، ما تزال تزعج بعض الناس أحيانا

وتجعلهم يفكرون في الفصام، هي سهولة التصديق. ففي أحيان نادرة يقوم الآباء باستشارة الطبيب النفسي لأن أبناءهم صرحوا بأنهم يصدقون أشياء مثل الأطباق الطائرة والاتصال بين الكواكب والتناسخ، والتنجيم والاتصال مع الأشباح، وما شابه. واحتمال أن مثل تلك الأفكار غير المنطقية قد تكون دالة على الفصام، هو احتمال جدير بالاعتبار. وعلى أية حال، فمن اليسير تحديد ما إذا كان الطفل قد وقع تحت تأثير بعض الجماعات الخاصة، أو تحت تأثير الجرائد أو المجلات أو الكتب، أو أفلام الروايات العلمية أو التليفزيون. لكن سهولة التصديق يمكن أن تكون نتاجا لعديد من الحالات المتباينة. ومن بين تلك الحالات الأكثر شيوعا الحاجة إلى الانتماء إلى جماعة أو إلى أن يصبح مقبولا من جماعة ما، مثل الجماعات التي تؤمن بالتنجيم، أو بالقوى غير الطبيعية أو بمعتقدات دينية غريبة وأحيانا أخرى تنشأ سهولة التصديق من إحساس بعدم الأمان يعطل الملكات النقدية ويفسح الطريق للقابلية للاستهواء ولاعتناق مذاهب غريبة. وفي أحيان أقل كثيرا تنشأ سهولة التصديق من ضعف القدرات العقلية. ومن ناحية أخرى، فإن قابلية التصديق يمكن أن تكون صفة ملازمة للإبداع. فالمبدعون يميلون إلى النظر بعقول متفتحة حتى للإمكانات الصعبة التصديق، فهم يدعون تفكيرهم وتصوراتهم تطوف حول مسارات غريبة وغير مألوفة. فهم يستبعدون الأفكار غير القابلة للتصديق فقط عندما يمتلكون دليلا قاطعا على خطئها.

وطالما أشرنا إلى الإبداع فمن المناسب مناقشة المشكلات المتعلقة به، فكثير من الفتيان والمراهقين خاصة، يتسمون بمجموعة من الخصائص غالبا ما تثير القلق لدى آبائهم وأصدقائهم دون داع. فهم يميلون إلى الاختلاء بأنفسهم بضع ساعات كل يوم ويميلون إلى أحلام اليقظة وإلى القراءة أو التفكير أكثر من ميلهم للقاء أصدقائهم، كذلك قد يلاحظون وجود تشابهات أو تماثلات بين أشياء لا رابط بينها ظاهريا، ويعيشون حياة زاخرة بالخيال. والواقع أن غالبية هؤلاء الفتيان لديهم إمكانات إبداعية. فبعض الخصائص مثل العزوف عن لغو الحديث والميل للوحدة، وأحلام اليقظة، تلك الصفات، إنما هي الطريق الذي يتيح لهم التجول خارج مسارات التفكير البالية. وعلى الرغم من أن كل الآباء يودون أن يصبح أطفالهم

مبدعين، إلا أنهم في سلوكهم الفعلي يشجعون أبناءهم على أن يسلكوا مثلما يسلك الآخرون، وألا يشذوا عنهم. ويقلقهم كثيرا ما يبدو لهم أنه انعزال زائد، وميل لأحلام اليقظة، وانطواء، بل قد يتصورون أن تلك السمات إنما هي مقدمات لحالة فصامية محتملة القدوم. هذا النمط من التفكير خاطئ بلا شك. فهناك فرق بين الميل للوحدة الذي نجده عند الشخص ذي الإمكانيات الإبداعية، وبين العزلة المؤلمة لفتى منسحب من العالم المحيط به. فالسلوك الأول يستهدف التركيز على ثراء الحياة الذاتية الداخلية وإمكاناتها بينما السلوك الثاني ينتج عن الخوف وعن الإحساس بعدم الارتياح الذي ينتابهم عند الدخول في علاقات مع الآخرين.

كذلك يبدى بعض الآباء ملاحظات مختلفة تماما عن أطفالهم. فيشكون من أن أطفالهم يعانون من شيء غير سوى منذ ميلادهم. إذ كان الطفل عصبيا، دائم الصراخ يعاني من متاعب في الأكل، وهكذا وفيما بعد، في مراحل الطفولة التالية أصبح من المستحيل السيطرة عليه بل إن القديس نفسه لا يستطيع ترويضه. وبعض الآباء يخشون أن يكون أطفالهم معرضين للإصابة بالفصام، لكن الاحتمال الغالب هو أن معظم أولئك الأطفال الذين يستحيل ترويضهم يعانون من تلف طفيف بالمخ، ينتج عنه نشاط حركي زائد. إذ يعبثون بأثاث البيت، ويفتحون الأدراج وتمتد أيديهم إلى كل شيء فهم دائما يفعلون شيئا ما. ولحسن الحظ فإن معظم هؤلاء الأطفال يتخلصون من تلك الأعراض في أواخر مرحلة الطفولة أو في مرحلة المراهقة. وبينما يستطيع بعض الآباء أن يتكيفوا مع هذا النوع من الشذوذ، وبخاصة حين يستعينون بتوجيهات الأطباء فإن بعضهم يستعصي عليه ذلك، وأولئك الذين لا يستطيعون التكيف يصبحون فريسة للانزعاج والقلق المتزايد، ويستجيبون لمشاعر القلق هذه لا يبذل مزيد من الاهتمام بأطفالهم بل بإهمالهم أو بإساءة معاملتهم، ومن هنا تنشأ حلقة مفرغة بين الأب وطفله. إذا ينعكس قلق الأب على الطفل فيزيد من حالته فيعود ذلك وينعكس على الأب فيتزايد قلقه وهكذا. وما لم يتم تصحيح هذا المسار، فإنه يؤدي إلى متاعب تفوق بكثير المتاعب الناشئة عن حالة الطفل الأصلية، وفي أحيان نادرة قد تؤدي إلى الفصام، لكن من الناحية العملية فكل هؤلاء الأطفال تقريبا، حينما يتلقون العلاج المناسب، يتغلبون على حالتهم تلك

ويعيشون حياة سوية حين يكبرون.

وحالات الرهبة (مثل الخوف من الظلمة، أو الخوف من البقاء بمفرده في الغرفة، أو الخوف من أن يعضه حيوان ما، أو الخوف من الانفصال عن الأم مثلما يحدث عند بداية الذهاب للمدرسة) لا تفضي إلى الفصام لكنها تتطلب تدخلا طبيا. والمخاوف تصبح دالة على حالة أكثر خطورة إذا كان مصدر الخوف ليس شيئا، أو حيوانا أو موقفا معينا، بل إنسانا، كذلك فالمخاوف غير المنطقية يجب أن تؤخذ مأخذا أكثر جدية إذا كانت مصحوبة بأعراض أخرى، مثل الانزواء والشك.

أما العلامات الأخرى التي تشغل بال الآباء أحيانا فهي تلك الطقوس البسيطة التي قد ينغمس في أدائها بعض الأطفال. فمثلا: قبل الذهاب إلى الفراش قد يحرص الطفل على أن يضع الوسادة في وضع معين، أو حينما ينزل السلم يقفز درجتين درجتين أو حين يمشي يتجنب أية خطوط على الأرض، وهكذا. والواقع أن كثيرا من الأطفال في مرحلة معينة من مراحل نموهم تصدر منهم بعض تلك الأغراض الوسواسية-القهرية، والتي لا صلة لها بالفصام. لكن إذا زادت تلك الأعراض بدرجة ملحوظة وزاد تكرارها فأنها تتطلب تدخلا طبيا.

خلاصة:

ونوجز ما جاء في هذا الفصل في أننا ناقشنا العلامات التي تشير إلى أن شخصا ما ذا قابلية للفصام بمعدل أعلى منه بين عامة الناس. وناقشنا أيضا الأعراض الأخرى التي على الرغم من أنها تثير الأسى وتتطلب رعاية طبية، إلا أنها غير ذات صلة بالفصام، وأخيرا، عرضنا لبعض السمات، التي على الرغم من أنها تسبب حيرة لدى الأهل ويعتقد أحيانا أنها دالة على فصام وشيك الحدوث، إلا أنها لا تدل على شيء غير سوى.

وفي هذا الفصل تعلمنا أيضا، أن الفصام حين يبدأ في الظهور عادة في مرحلة الرشد المبكرة فإن ظهوره لا يعني أنه حديث التكوين تماما، بل هو استمرار لسلسلة من الأحداث غير السوية كانت متوارية عن عيون أفراد الأسرة وعن وعي المريض نفسه. وليست هناك تحاليل أو فحوص طبية تستطيع الكشف عن أن الفصام سيحدث مستقبلا لشخص ما بل ولا

حتى لإثبات وجوده حين يحدث، مثل الاختبارات المعملية التي تجري على عينات من الدم أو البول للكشف عن إختلالات التمثيل الغذائي أو عن أمراض الدم، أو عن الالتهابات الميكروبية.

وكثير من المنظرين يعتبرون أن الفصام هو نتيجة لإخفاق ملحوظ في التخلي عن أنماط وظيفية تنتمي لمرحلة الطفولة. وبتعبير آخر، فالفصام في نظرهم هو فشل في «النمو». هذا الاعتقاد تدعمه ظاهريا حقيقة أن المرض حين يحدث، فإنه عادة ما يسترجع أنماطا من التفكير والسلوك غير الناضج مماثل لتفكير وسلوك الطفل. ورغم ذلك فمن الخطأ الفادح أن نعتبر الفصامي شخصا غير ناضج أو أنه لم يستطع أن يتجاوز المستوى الطفولي.

إذ على الرغم من أن بعض هؤلاء المرضى يحتفظون بسمات غير ناضجة فإن معظمهم يكونون على درجة عالية من النمو النفسي قبل الإصابة بالمرض. وحتى حين إصابتهم به فإنهم يبدون قدرا كبيرا من النضج، لكنه ممتزج ببعض السمات غير الناضجة المستعادة من مرحلة الطفولة.

وعند هذا الحد نستطيع أن نضيف إلى تعريف الفصام الذي ذكرناه في الفصل السابق، أنه حالة ذات تاريخ طويل يسبق زمنيا لحظة حدوثها الظاهري.

3 وصف مرض الفصام

سنرى في هذا الفصل، كيف يبدو الفصام للآخرين، وكيف يشعر المريض به عند حدوثه. والفصام مرض ذو ألف وجه، ولذلك يتعذر وصف جميع جوانبه. ورغم التباين الشديد في أعراضه، إلا أن الأطباء النفسيين أمكنهم التمييز بين عدد من أنماطه المختلفة، وسنقدم وصفا لأكثرها شيوعا. لكن دعونا قبل ذلك نلقي نظرة على سماته العامة.

يظهر الفصام، عادة، بطريقتين رئيسيتين. تتميز الأولى بالانسحاب النفسي الذي يعكس موقف المريض من العالم: إذ يشعر تجاهه بخوف لا حد له، وافتقاد شديد لأية ثقة بالناس، ورغبة شاملة في الهروب من كل شيء. وهي رغبة تجد تبريرا لها في تفكير المريض أو شعوره بأن العالم لا يستحق الالتفات إليه أو الاندماج فيه، وغير أهل لأن يشارك في أموره. وقد نرى المريض يحدق في الفراغ أحيانا، كأنما يخشى أن تقع عيناه على شيء من الأشياء المثيرة للرعب التي يعتقد أنها تحيط به من كل جانب.

وأما الطريقة الثانية، فتتميز بعملية الإسقاط، وهو اصطلاح صاغه فرويد واستخدمه الأطباء بعد ذلك. حيث تستحوذ على المريض مجموعة متزاملة

أو منظومة من المعتقدات الزائفة. فيعتقد أن ثمة أخطارا جسيمة محدقة به، وأن ثمة من يضطهده ويحيك له المؤامرات بطرق لا حصر لها. ويشعر المريض بتلك المخاطر شعورا قويا كما لو كانت واقعا فعليا، ويعيشها كحقيقة شديدة الإيلام. ولنتناول هاتين الصورتين بتفصيل أكثر. ولنتساءل: كيف نشأت كل منهما؟

يبدأ المريض، وهو غالبا ما يكون في مقتبل العمر (أي فيما بين مرحلة المراهقة والثلاثينيات) وأحيانا أصغر أو أكبر، في إظهار سلوك غير معتاد كما رأينا في الفصل الثاني، وقد تكون بعض السمات غير المألوفة قد ظهرت عليه في وقت سابق لكنها مرت دون ملاحظة أو دون أن تؤخذ بعين الاعتبار. لكنها في الوقت الحالي تصبح لافتة للنظر وتفرض نفسها فرضا، وإن ظلت قابلة في بعض الأحيان لتفسيرات تبدو مقنعة. فبعض القرارات التي اتخذها المريض تبدو غريبة، إلا أنه أحيانا يلتمس له العذر فيها. فطالب الجامعة مثلا، قد يقرر فجأة التوقف عن الدراسة، وقد يبرر ذلك بأنه لم يعد قادرا على الاستيعاب. والعامل قد يشعر بأن رئيسه أو زملاءه في العمل يتحاملون عليه، أو لا يظهرون تجاهه نوايا حسنة، أو لا يحترمونه، وأنهم يميلون لأن يسببوا له المتاعب، أو يشوهوا سمعته، أو يكلفونه بأعمال لا قبل له بها. فهم يبغضونه لأسباب قد تكون مفهومة أحيانا، أو غير مفهومة في معظم الأحيان. وفي بعض الأحيان ينقطع المريض عن العمل ويصبح مشغولا بأمور تبدو غير ذات أهمية. وفي نهاية الأمر تصبح تلك السمات غير العادية بادية للعيان. وأحيانا يحدث ذلك بصورة تدريجية، متخفية، ومتزايدة، وأحيانا أخرى يحدث بصورة حادة مثلما حدث للمريضين اللذين ورد ذكرهما في بداية الفصل الأول.

وكما سنعرف بتفصيل أكثر في الفصل الرابع، كثيرا ما نجد أن نمط الشخصية الخاص بالمريض، والذي ألفته أسرته فيه قبل المرض، يختلط بأعراض المرض بصورة غير ملحوظة حتى يصبح مستحيلا أن نحدد متى بدأ المرض فعلا.

ويبدأ المرض في بعض الحالات، بفترة من الخلط الذهني، والهياج، والاستثارة الحركية، يبدو خلالها المريض شغوفا بإقامة علاقات، وبالتواصل مع كل من يعرف وبإعادة الصلة بينه وبين عالم يبدو وكأنه يتواري بعيدا.

فهو ينقب عن شيء لا يستطيع العثور عليه. وأحيانا قد لا يعرف حتى انه يفعل ذلك. فهو يريد أن يكون فعالا ويبدي نهما شديدا للحياة، ولكل أنواع الخبرات، لكن حالة الخلط الذهني لديه تفوق قدرته على ذلك ويمكن أن يشتد به الهياج، ويفتقد كلامه الترابط بين أجزائه، وتصبح حالته المرضية واضحة جلية.

وقد يقع المريض، في بعض الأحيان، فريسة لتوهم المرض، وتكثر شكاواه من الإصابة بعديد من الأمراض. وأحيانا أخرى، ينشغل بمظهره الجسماني: بشكل أنفه، بأذنيه، بأسنانه البارزة، بصدره، بشعره، وما إلى ذلك. وبينما تبدو شكاواه مقبولة في بداية الأمر. إلا أنه سرعان ما يتضح أنها قائمة على غير أساس أو أنها تحتوي قدرا هائلا من المبالغة أو الزيف.

وقد نجد المريض، في أحيان كثيرة، وقد أصبح أقل اهتماما بأمور الحياة عن ذي قبل وأخذ بدلا من ذلك يركز على أمور معينة. كأن يفكر في أن أشياء بعينها ذات علاقة خاصة به، أو أن لها معنى خاصا لديه. ومثل هذا النوع من الأفكار يطلق عليه اسم: أفكار إشارة. فإذا حدث أن التقى المريض شخص ما في الطريق، ظن أنه يتجسس عليه. إذ يبدو المريض وكأنه غير قادر على تصديق أن ثمة أشياء يمكن أن تحدث عرضا أو اتفاقا، بل يعتقد أنها تحدث عن قصد وبتدبير سابق، وهكذا، فإذا فكر في شيء ما أو موضوع ما ثم حدث أن ورد ذكر لهذا الشيء أو ذلك الموضوع في جريدة أو فيلم، أو في التليفزيون أو في الراديو، لا يعتبر ذلك محض اتفاق، بل يعتبره أمرا مثيرا للريبة.

وتتزايد شكوكه في الآخرين. فيعتقد أنهم ينظرون إليه نظرات غريبة، وأنهم يسخرون منه أو يتقولون عليه من وراء ظهره. كما قد يعتقد أنه واقع تحت تأثير جماعة أو منظمة مجهولة الهوية، قد تكون إحدى الجماعات السياسية، أو الأقليات العرقية، أو إحدى منظمات المافيا، أو حتى كائنات من الكواكب الأخرى. و«هم» يجعلونه يشعر بأحاسيس غريبة، أو يفكر بطريقة مغايرة لطريقته هو، و «هم» يستخدمونه كحيوان التجارب يسلك سلوكا خارجا عن إراداته. وهو لا يستطيع تحديد هوية أولئك الـ «هم» سوى أنهم أناس-جماعة أو فرد-غير محددي المعالم ومعادون له.

ثم يصبح ميالا لتأويل الوقائع والأشياء على نحو غريب لا يشاركه فيه

أحد. فيتصور مثلا أن بيته قد ثبتت داخله أسلاك كهربائية، أو أجهزة تصنت ترصد تفكيره، أو أن طعامه قد وضع فيه سم، أو أن ثمة تجارب تختص بالتنويم، أو بالتراسل عن بعد تجري عليه سرا. ومثل تلك المعتقدات الزائفة تسمى ضلالات، وتكون غالبا ذات طابع سلبي، بالقدر الذي يكفي لإقناع المريض بأن بعض الناس أو القوى الخارجية تعمل على اضطهاده، أو إيقاع الأذى به، أو على الأقل ترصد سلوكه وتخطط لإلحاق الضرر به في المستقبل. وقد يعتقد أن هناك من يتحكم أو يريد التحكم في أفعاله أو تفكيره وقد يشعر بأنه يتلقى رسائل معينة عن طريق شفرة سرية. وقد تكتسب الكلمات التي يتداولها الناس معاني خاصة، وتبدو له بمثابة توريات أو تلميحات هدفها التعريض به. وقد يرى بعض المرضى تلك التوريات في كل ما يحدث حولهم، ويميل البعض الآخر إلى تأويل إيماءات الآخرين وحركاتهم، وحتى الأصوات العابرة التي تصل إلى مسامعهم، على أنها ذات معان خاصة.

وقد تصبح المعتقدات الضلالية، في مرحلة لاحقة، ذات محتوى سار قد يصل إلى حد الشعور بالعظمة. فالمريضة قد تتصور أنها ملكة، أو مليونيرة أو أنها ستتزوج بممثل مشهور. والمريض قد يتصور أنه اخترع شيئا عظيما، أو اكتشف أسرار الكون، أو أبدع نظاما فلسفيا من شأنه أن يكشف عن سر الحياة. والمريض هنا، يصبح هو الذي يتحكم في الآخرين أو في الطقس أو في سوق الأوراق المالية، أو في الانفجار السكاني، عن طريق وسائل مثل التنويم أو التأثير من بعد.

كذلك تتغير الطريقة التي يدرك بها المريض المثيرات الحسية الخارجية، فيسمع الأصوات ويبصر الأشياء على غير ما هي عليه في الواقع. وعالمه المألوف يبدو غريبا أو غير عادي. إذ تبدو له الأشياء والناس وقد تغيرت ملامحهم وتصبح علاقته بهم مختلفة عن ذي قبل. بل إن أحجام الناس نفسها تتغير وتبدو له أكبر أو أصغر عما كانت. كذلك يتغير إحساسه بالزمن، فإيقاع الحياة يبدو أسرع أو أبطأ مما كان. وأحيانا، يختلط عليه إدراك طبيعة الأشياء فتبدو على غير ما هي عليه (خداع الحواس (Illusions). وقد يخطئ في التعرف على شخصيات الآخرين. وتبرز في ذهنه مماثلات غريبة. فقد تقع عيناه على رجل عجوز في الطريق شديد الشبه بجده

فيقول لنفسه: ربما كان هذا الشخص شقيقا توأما لجدى، لكني لم أعلم بوجوده.

وثمة ظاهرة أخرى يتكرر حدوثها بنفس معدل ظاهرة خداع الحواس أو يزيد، هي ظاهرة الهلاوس وهي مدركات حسية ليس لها أي مصدر في الواقع الخارجي. حيث يسمع المريض أصواتا تتحدث إليه أو تذكر اسمه دون أن يكون هناك من يتحدث إليه. كذلك قد يرى أشخاصا أو أشياء غير موجودة في الواقع. وكثيرا ما يسبق الهلاوس أو يصاحبها شعور لدى المريض بأن أفكاره مسموعة للآخرين القريبين منه أو حتى البعيدين عنه. وفي معظم الأحيان يسمع المريض أصواتا تتهمه بأنه جاسوس، أو شاذ جنسيا، أو منحرف، أو قاتل، دون أن يكون هناك من يفعل ذلك، وقد تحدث الهلاوس في أي حاسة من الحواس، إلا أن أكثرها شيوعا خلال جميع مراحل المرض، هي الهلاوس السمعية. وأقلها شيوعا، هلاوس الشم والتذوق واللمس.

وأحيانا يظل السلوك العام للمريض وتصرفاته عادية، ولا تظهر أعراض المرض إلا في أفكاره غير السوية. لكن سلوكه العام، يبدو في معظم الأحيان، غير عادي وغير مقبول، فتراه مثلا يلوي عضلات وجهه أو يتفوه بألفاظ أو يحرك شفتيه بطريقة شاذة، أو تراه منغمسا في حركات تكرارية متكلفة، تجعل سلوكه يبدو غريبا ومسرحيا وشاذا. وأحيانا أخرى تصدر منه أفعال مفاجئة: إيماءات، صراخ، صخب، أو قهقهة عالية.

وفي بعض الأحيان، نجد أن طباع المريض قد انقلبت إلى نقيض ما كانت عليه من قبل. فإذا كان متحفظا في سلوكه تجاه الجنس الآخر، نجده قد أصبح جريئا إلى حد ينافي العرف السائد. وقد يقدم على مغازلات جنسية بأسلوب غير مناسب وغير مستساغ على الإطلاق. وإذا كان من النوع المستكين أو المتواري عن الأنظار تواضعا نجده قد أصبح متذمرا، ميالا للمعارضة وحتى للعراك وكثير من هؤلاء المرضى لا يستطيعون تركيز الانتباه مع من يحادثهم. فتجدهم يكررون نفس السؤال وكأنهم لم يسمعوا الإجابة التي قيلت لتوها.

ويبدو المريض غير متسق على الإطلاق من الناحية الانفعالية. فقد تنتابه بسهولة حالات مثل القلق، والخوف، والسب، والارتياب، والسخرية. وأحيانا يبدو بلا انفعال على الإطلاق حتى حين يتحدث عن أمور من شأنها

أن تثير الانفعال لدى من يسمعها. وغالبا ما تجده بادي اللامبالاة أو متبلد الشعور تماما.

وفي حالات أخرى، نجد أن حالة الانسحاب النفسي العام التي ذكرناها سلفا، تشكل السمة الأساسية للمرض. حيث يبدو المريض وقد فقد القدرة، ليس فقط على فهم الواقع، بل أيضا على الاهتمام به والمشاركة في أحداثه. فهو يعيش داخل قوقعة لا تتجاوز حدود عالمه الشخصي المباشر ضيق النطاق. ويختزل نشاطاته إلى الحدود الدنيا، وحين يؤديها فإنما يفعل ذلك عادة بطريقة روتينية ذات نمط واحد لا يتغير. وغالبا ما يستلزم الأمر أن يُدفع دفعا لكي يؤدي عملا ما. وقد يصل به العزوف عن فعل أي شيء إلى حد إهمال مظهره الشخصي. وسنقدم وصفا للأنماط المختلفة لمرض الفصام في موضع لاحق من هذا الفصل.

مرض الفصام من زوايا مختلفة:

لعل من المفيد أن نتوقف هنا قليلا لنرى كيف تنظر الأسرة وكيف ينظر المريض نفسه للتغيرات التي طرأت عليه. فأما الأسرة فهي تستقبل تلك التغيرات أول الأمر بمجرد الاندهاش. صحيح أن بعض سمات شخصية المريض تبدو غريبة نوعا ما، إلا أن تلك الغرابة تؤخذ على أنها مجرد تعبير عن فردية المريض، أو عن رغبته في أن يكون مختلفا عن الآخرين، أو عن رغبته في تأكيد الذات. لكن ما يلبث أن يتضح للأسرة أن ما بدا لها أول الأمر سمات مميزة للمريض عن سواه، قد أصبح بالنسبة له هو: تغيرات طرأت على الكون ذاته. هنا تصاب الأسرة بالحيرة. وتدرك أن المريض لم يعد في حالة سوية وأن الأمر يتطلب عرضه على الطبيب. وتبدأ في بذل جهود مكثفة لإقناعه بذلك.

فإذا كانت لدى أفراد الأسرة فكرة عن مرض الفصام، فسوف يدركون أن المريض بحاجة إلى أن يرى العالم بطريقة مختلفة. وأنه لا جدوى من محاولة إقناعه بأنه مخطئ، وأن الأسوأ من ذلك أن يحاول أحد أن يسخر منه بسبب طريقته «الشاذة» في التفكير، ويفضل في تلك الأحوال، أن يتوجه إليه أحد أفراد الأسرة قائلا: «يا فلان» لابد أن لديك سببا يجعلك ترى الأمور على غير ما نرى نحن، وربما يستطيع أحد المختصين أن يوضح

لنا جميعا ذلك السب».

قدمنا فيما سبق وصفا لمرض الفصام، وهو أساسا وصف للصورة التي يبدو بها لمن يلاحظ المريض أو حتى لمن يفحصه من الاختصاصيين إذا اكتفى بما يقوله المريض عن نفسه. والاختصاصي هنا، يكون قد احتفظ بالموضوعية أو المسافة الإكلينيكية الأولية بينه وبين المريض، ولم يحاول بعد النفاذ إلى داخل عقله.

على أن المريض، على الرغم مما حدث له من تغيرات أدت إلى المرض، يظل غير مدرك أن تلك التغيرات إنما حدثت داخل نفسه. بل يعتقد أن العالم الخارجي هو الذي تغير. ويمكن تشبيه حالته-مع الفارق-بمن يضع على عينيه عدسات تغير أبعاد الأشياء. فإذا لم يكن يعلم أنه يرتدي مثل تلك النظارة، فسيعتقد أن الأشياء التي يراها هي فعلا بالشكل الذي يراها به. على أن التغييرات التي تحدث في عالم الفصامي لا تقتصر فقط على ما يراه ويسمعه، بل تشمل بالدرجة الأولى الدلالات التي تكتسبها الأحداث من حوله والتي تتشكل وفقا لطريقته الجديدة في التفكير، وتصطبغ بلون انفعالاته.

ويمكن تقسيم المرحلة الأولية للحالات الحادة النمطية إلى ثلاث فترات. تتميز الفترة الأولى بشعور بالقلق البالغ مجهول المصدر. وتحدث في الفترة الثانية أشياء عديدة تتميز جميعا بالخلط الذهني فأحيانا تسيطر على عقل المريض أفكار معينة دون سواها. بحيث لا يستطيع إعادة الانتباه للأشياء الأخرى ولا الإجابة عن الأسئلة التي لا تتعلق مباشرة بالفكرة السائدة لديه. وتتملكه مشاعر عدم الارتياح. فهو بحاجة ماسة إلى من يطمئنه، لكن يبدو أن ذلك ليس بمقدور أحد. فهو مشغول البال لدرجة أنه لا يستطيع سماع حتى إجابات الأسئلة التي يطرحها هو نفسه. لذلك يظل يكرر السؤال مرات ومرات وتبدو عليه معاناة شديدة.

وقد ينجح أحيانا في الإفلات من حالة العذاب تلك ويعود إلى حالته الطبيعية وأحيانا يشعر بأنه أفضل من ذي قبل، لكن ذلك لا يستمر سوى ساعات أو أيام قليلة تعاوده بعدها حالة الهلع ربما بصورة أشد إذ يشعر بأن شيئا مهولا يحدث له. وأنه ربما يكون على وشك الجنون. وبعدئذ، يشعر بأن الآخرين هم الذين يظنون به الجنون. وينمو لديه إحساس بأنه

يخسر معركة لا يدرى كنهها. وتفتر عزيمته أكثر فأكثر. وتتزايد لديه حالة الخلط الذهني والخوف بدرجة أكبر فأكبر، تقهره وتغمر كيانه كموجات هائلة. وتبدو الأشياء حوله غريبة، وتكتسب خصائص حسية مغايرة لما كانت عليه، كما تكتسب معاني مبهمة. وأحيانا يجد المريض نفسه مستغرقا في تخيلات يدرك هو نفسه زيفها، إلا أنها تتسم بدرجة من الوضوح الحسي يجعلها تبدو حقيقة واقعة. ويحاول أن يجد تفسيرا لذلك كله دون جدوى وكثيرا ما يشعر أن الناس جميعا يلعبون أدوارا في مسرحية تستهدف تشويش تفكيره. ويصبح العالم بالنسبة له خشبة مسرح مترامية الأبعاد.

وتعقب فترة الخلط الذهني، في الحالات النموذجية، فترة ثالثة يشعر فيها المريض أن كل شيء قد أصبح واضحا: إذ يجد نفسه، فجأة وبلا مقدمات، وقد ومضت في ذهنه فكرة جعلت كل شيء مفهوما. لقد عاد الضوء مرة أخرى. والأشياء التي كانت مختلطة ومبهمة، أصبحت ذات معنى وهدف. وأصبح يشعر بصفاء ذهني نادر فهو يفهم الآن كل شيء: فالأحداث الغريبة لم تكن أحداثا عارضة، بل كانت مدبرة بقصد معين. ذلك أن هناك، في مكان ما، من يلاحقه ويعاديه. ويظل المريض، من الآن فصاعدا، يسعى إلى أن يبرهن منطقيا على صحة ما بدا له يقينا. وتحدث له الظاهرة التي أسميتها «الاستبصار الذهاني». وعند هذا الحد يكون المرض قد توطدت دعائمه واتخذ نمطا بارانويا (اضطهاديا).

لماذا نسمى تلك الظاهرة استبصارا ذهانيا؟ كلمة الاستبصار تعنى اكتشافا فجائيا لمعان وعلاقات بين أشياء ووقائع متباينة. فالأشياء التي بدت للمريض في الماضي غير مترابطة ومنبتة الصلة فيما بينها، يراها الآن أجزاء من كل واحد. لكن ذلك الاستبصار هو استبصار ذهاني، لأن المريض وحده هو الذي يرى تلك الأشياء على ذلك النحو. لقد أصبح بمقدوره أن «يضع المتماثلات في فئة واحدة» وأن يركب الصورة من أجزائها المختلفة كما يحدث في ألغاز «الصور المقطعة»، لكنه وحده دون سواه الذي يرى مثل تلك الألغاز. وهو يرى العالم على نحو مختلف لأنه يتبنى طرقا جديدة في التفكير. فهو يتخلى عن التفكير المنطقي ويتبنى أنماطا من التفكير سنتحدث عنها فيما بعد. ويشعر أنه لم يسبق له قط أن فكر بمثل هذا الوضوح وبمثل تلك الفاعلية. وهذا الانطباع نفسه قد يتكون لدى بعض من يلتقون به من

عامة الناس.

وجدير بالذكر أن المريض لا يتبنى تلك الطرق الجديدة وغير السوية في تفسير الواقع، دون أن يدور بينه وبين نفسه في بداية الأمر صراع مرير. فحينما تجول بخاطره تلك الطرق في التفكير، ثم توشك على الظهور، يبذل قصارى جهده كي يقاومها. وهو يشعر بذلك الصراع داخل نفسه بوصفه «محاولة لمقاومة الميل للاستسلام». إلا أنه يظل خائفا من انه سيستسلم آجلا أو عاجلا، وقد أشرنا سابقا إلى أنه يشعر بأنه مشتبك في معركة خاسرة. على أن الاستسلام يبدو له، من ناحية أخرى، ذا إغراء لا يقاوم. إذ يحمل في طياته إمكان الخلاص من عذاب الخلط الذهني. وقد وصف الطبيب النفسي و. ج. ستين W.J.Stein تلك الحالة قائلا «والآن، فعلى الرغم من إحساسه بالعجز الكلي أو بأنه يقف شاهدا لدماره الشخصي دون حراك، إلا أنه يبذل، من حين لآخر، محاولات يائسة للنجاة من الموت. مثل الغريق الذي لا يجيد السباحة لكنه رغم ذلك لا يفتأ يقاوم الغرق بضراوة».

وعندما يستسلم المريض نهائيا ويدخل في حالة الاستبصار الذهاني، تحدث له عملية عكسية: إذ يبدأ في البحث إيجابيا عن أدلة تؤكد شكوكه، كما تزداد حدة تنبهه الحسي لما يدور حوله. فإذا سمع صوت ضوضاء، أو وردت كلمة معينة على لسان أحد معارفه، أو شاهد شخصا غريبا يسير في الطريق رائحا غاديا، اتخذ من كل ذلك أدلة تؤكد وجهة نظره.

وأحيانا يتخذ الاستبصار الذهاني صيغة مختلفة عن ذلك. فلا يسعى المريض إلى إثبات صحة أفكاره. فهو «يعرف» وكفى. فمعرفته تنبع من يقين داخلي لاشك فيه وليس بحاجة إلى إثبات. «فهو يعرف».

والآن، علينا ألا نكتفي بالصورة الظاهرية لكل تلك الأمور، إذ هي بحاجة إلى تفسير سيكولوجي. وقبل ذلك يجب أن أشير إلى أن التفسيرات السيكولوجية حتى لو كانت صحيحة تماما، لا تستطيع أن تفسر جميع جوانب العملية الفصامية. أعني بذلك: أن لدى المريض احتياجات نفسية قوية عليه تلبيتها حلا لمشكلاته النفسية. وهو يفعل ذلك عن طريق الأعراض المرضية. غير أن ثمة احتمال بأنه ما كان سيلجأ إلى تلك الطريقة غير السوية لحل مشكلاته، ما لم يكن لديه استعداد لذلك نتيجة لتهيئة بيولوجية

معينة أو لتآزر عوامل نفسية معينة، أو لمزيج من كليهما. على أنه أيا كانت ضرورة العوامل فإن فهم الاحتياج النفسي للأعراض المرضية يعتبر أمرا هاما.

ولنأخذ مثالا توضيحيا من الطب الباطني. فالحمى مثلا هي عادة عرض لمرض ميكروبي، أي أنها عرض لحالة غير سوية، رغم ذلك فهي ذات وظيفة مفيدة إذ هي محاولة من الكائن الحي لمحاربة المرض ذاته. فعن طريق رفع حرارة الجسم، يتمكن الكائن الحي من محاربة الميكروبات الغازية أو السميات الناتجة عنها، بأن يصيبها هي نفسها بالمرض. وفي حالة الفصام، قد يكون للأعراض أيضا وظيفة مفيدة رغم عدم وجود ميكروبات، لكن المريض يدافع عن نفسه هنا ضد مشاعره تجاه نفسه، ومستقبله، وحياته، وتجاه علاقته بالعالم من حوله.

والصورة التي وصفناها آنفا، رغم أنها صورة عامة، إلا أنها تنطبق أكثر ما تنطبق على النمط البارانوي للفصام. فما هي الوظائف التي تؤديها الأعراض المرضية في تلك الحالة، أو بتعبير آخر، ما معنى تلك الأعراض، ما معنى شعور المريض مثلا بأنه رقم وما معنى ميله لإلقاء اللوم على الآخرين، سواء أكانوا أفرادا معينين أم جماعات غير محددة الهوية. هذه الأعراض هي نتيجة لعملية الإسقاط، التي تحدثنا عنها سلفا، والإسقاط كلمة بديلة لعملية الإحالة إلى الخارج، فعن طريق الإسقاط يعزو المريض مشكلات الصراع النفسي داخله إلى العالم الخارجي.

فالمريض، قبل أن تظهر عليه علامات المرض بوضوح، لم يكن في الواقع في حالة طيبة، بل كان يعاني من مشكلات نفسية خطيرة. كان تقديره لذاته متدنيا للغاية. إذ كان يعتبر نفسه غير كفء، وغير جدير بشيء، أخرق، غير محب وغير محبوب، غير متقبل للناس وغير مقبول لديهم. وكان يلوم نفسه لكونه غير كفء أو متدن بطبيعته، ولكون انه لم يفعل ما كان يجب عليه كي يرفع مستوى كفاءته، وعلى الرغم من أنه يظل يحاول معظم الوقت إنكار صورته تلك عن نفسه، بل ويحاول إبعادها عن نطاق شعوره بأكمله، إلا أن الوقت يجئ حين لا يعود قادرا على الاستمرار في ذلك، وهنا يحيل تلك المشاعر إلى الخارج بطريقة لا تستند إلى أي منطق. وبذلك لا يعود الاتهام موجها إليه من نفسه، بل آتيا إليه من الآخرين. على

أنه لا يستطيع القيام بعملية الإحالة تلك دون أن يلجأ إلى طريقة بدائية في التفكير تفتقر إلى الدقة، كما سنرى في موضع لاحق، وهذه الطريقة تبدو لنا على أنها مبالغات وتحريفات للواقع، إذ يقيم المريض ارتباطات بين الأشياء لوجود اوجه تماثل بينها، ويخلط التماثل بالهوية. وهكذا نجد أن أولئك الأشخاص غامضو المعالم الذين يتخيلهم المريض، لا يتهمونه بأنه «غير كفء، وغير محبوب، ضئيل الشأن، بل تتضخم الاتهامات في خيال المريض حتى تصل إلى حد اتهامه بأنه «منحرف، جاسوس، قاتل، عاهر» ويعتبر هذا العرض واحدا من الميكانزمات التي سماها فرويد دفاعات نفسية.

ولعله من العسير على غير المختص الذي لم يدرس ديناميكايات الطب النفسي أن يتفهم كيف يمكن للأعراض المرضية أن تكون دفاعات نفسية أو تكون ذات فائدة للمريض. وله أن يتساءل: ألا يعتبر جعل المريض نفسه موضعا للاتهام، أو موضوعا لمؤامرة أو اضطهاد، إساءة لنفسه أكثر من أن يكون دفاعا عنها؟ ونقول نعم، إذ الواقع أن المريض الذي يشعر انه مضطهد على ذلك النحو، يعاني اشد المعاناة. لكنه لم يعد هو الذي يتهم نفسه. بل أصبح يعلى من قدرها. إذ يعتبر نفسه شهيدا، أو ضحية بريئة لسوء نية الآخرين. فلم يعد بمقدوره احتمال الشعور بانحطاط قدره. فهو إحساس يجرح كبرياءه الذاتي من الداخل ولكي يتخلص من هذا الشعور يلجأ إلى ميكانزم دفاعي يمكنه من أن يستبدل بالأذى الداخلي أذى قادما من العالم الخارجي. وقد يكون التهديد الخارجي مؤلما، لكنه لا يدنى من قدره أمام نفسه.

وبديهي أن الإسقاط ميكانزم غير سوى. وحقيقة كان المريض بحاجة إلى الاعتقاد بأن التهديد مصدره في الخارج، بدلا من أن يكون نابعا من نفسه وهو أمر لا يستطيع احتماله، لكن تلك الحقيقة لا تكفي وحدها لتفسير لجوئه إلى ميكانزم الإسقاط فكما سنرى في الفصل الخامس، لا بد من توافر عوامل أخرى لكي يحدث ذلك. غير أنه أيا كان السبب أو الأسباب اللازمة لحدوث الإسقاط فمن المهم أن نتذكر أن للعرض المرضي معنى، وهو معنى يستدل عليه من الوظيفة التي يؤديها أو يظن أنه يؤديها بالنسبة للمريض. ومن المهم طبعا إن نعرف لماذا كان تقدير المريض لنفسه،

قبل حدوث المرض، متدنيا إلى ذلك الحد، غير أننا لن نبحث تلك النقطة حاليا.

أنواع الفصام:

كما ذكرنا سلفا، صنف الفصام إلى أنواع عدة، وفقا لنوع الأعراض السائدة في كل منها، على أننا نجد حالات عديدة تختلط فيها الأعراض بحيث لا تندرج تماما تحت أي من تلك الأنواع. وسنناقش فيما يلي الأنواع الأربعة الرئيسية للفصام، تلك الأنواع التي تم وصفها منذ أيام أميل كريبلين الطبيب النفسي الذي وصف مرض الفصام لأول مرة في تاريخ الطب تحت اسم العته المبكر (مصطلح الفصام صاغه الطبيب النفسي السويسري يوجين بلويرEugen Bleuler) وسنضيف لتلك الأنواع الأربعة الرئيسية نوعا خامسا أصبح شائعا في الوقت الراهن أكثر من ذي قبل هو: الفصام الوجداني.

النمط البارانويى:

يشكل مرضى الفصام البارانويى القسم الأعظم من مجموع الفصاميين ككل. وهم يتميزون أساسا بالأعراض التي وصفناها في القسم الأول من هذا الفصل، بالإضافة إلى بعض الأعراض الخاصة التي تختلف من حالة إلى أخرى. وكثيرا ما يبدأ المرض في سن المراهقة، إلا أنه قد يبدأ في فترات متأخرة نسبيا مثل العقدين الرابع والخامس من العمر.

ومرضى الفصام البارانويى عادة أكثر ذكاء من مرضى الأنواع الأخرى. ومنذ بداية المرض نجدهم ميالين للشك ولسو تفسير الأشياء والأحداث من حولهم على نحو يحط من قدرهم أمام أنفسهم. فالشعور السائد لدى مريض الفصام البارانويى تجاه نفسه، يحال للخارج فورا، ويعود المريض فيدركه في صورة تقييم سلبي له من الآخرين، ويحدث ذلك عن طريق ميكانزم الإسقاط. فإذا كان شعور المريض تجاه نفسه مثلا أنه أخرق في تصرفاته وأنه عديم الكفاءة إلى حد يدعو للسخرية يتكون لديه حينئذ انطباع بأن الآخرين يتهكمون عليه. وسرعان ما يصبح الانطباع حقيقة مؤكدة. ويصبح موقنا أنهم ينظرون إليه على انه شخص سيئ وغير مقبول لديهم. وتعود تلك الصفات فتتخذ لديه معنى خاصا، هو انه شاذ جنسيا

وهذا هو السبب في أنهم يشيرون إليه بضمير الغائب المؤنث «هي»، فإذا سمع مثلا زملاءه في العمل يقولون «إنها لا تؤدي عملها كما ينبغي». يعتقد أنهم يقصدونه هو ويستخدمون كلمة «هي» إشارة إلى انه ليس رجلا.

كذلك نجد أن ظاهرة انتشار المعنى شائعة بين الفصاميين من هذا النوع. فالمريض يعطي نفس المعنى لعديد من الأشياء، لأنه يعيد تفسير العالم بحيث يتشكل وفقا لأفكاره الأساسية.

ولا يقتصر الأمر على اعتقاد المريض بأن الآخرين يتهمونه بالصفات التي لا يحبها في نفسه، بل يصل في النهاية إلى أن ينسب لهم الصفات التي لا يستطيع قبولها في نفسه. فهو يبدأ بالشك في الآخرين، ثم لا يلبث أن يصبح موقنا بأنهم يدبرون له مكيدة أو يتآمرون ضده. ويستغرق في استقصاء الأدلة التي تؤكد دعواه وقد يتخذ موقف من اعتدى عليه ظلما فتراه شاعرا بالمرارة، غضوبا، ميالا للمعارضة والتحدي. وقد يتخذ ذلك الموقف الاستسلامي لمن يشعر بالعجز وينشد العون لكنه لا يعرف السبيل إلى ذلك لأن «ثمة أشياء غريبة تجري حوله».

والمعتقدات الضلالية تحدث في هذا النوع من الفصام بمعدل أكبر منه في الأنواع الأخرى. وقد تكون ضلالات اضطهاد أو عظمة أو توهم الأمراض أو اعتقاد المريض بأنه أجريت عليه تغييرات، أو أنه متهم، أو أنه واقع تحت تأثير قوة ما، أو أنه منوّم، أو موجّه من بعد، أو مسموم، أو أنه اتخذ مادة لإجراء التجارب وما إلى ذلك.

وكثيرا ما تتخذ تلك الضلالات صيغة منظومة أو نسق مترابط من الأفكار. بمعنى أن المريض لا يقبل تلك الأفكار كيفما اتفق، بل يحاول تفسيرها بصورة منطقية في ضوء الجوانب الأخرى من حياته أو في ضوء ملاحظاته لما يحدث في العالم من حوله. فقد تؤسس المنظومة الضلالية على فكرة أن المريض مضطهد بسبب آرائه أو فلسفته أو معتقداته الدينية. وقد يقوم بصياغة معتقداته بحيث تبدو ذات بنيان علمي أو فلسفي أو لاهوتي.

والمعتقدات الضلالية قابلة لجميع المضامين التي يمكن تصورها. واختبار المريض لمضمون ما يتوقف على بيئته الأسرية والثقافية والاجتماعية وأحيانا يبدو تأثير البيئة الثقافية بصورة عكسية. فنحن نجد مثلا أن الدين قد

أصبح في الوقت الراهن-في المجتمعات الغربية-أقل تأثيرا في حياة الناس عن ذي قبل. غير أننا نلاحظ حاليا أن عدد المرضى الذين لديهم ضلالات عظمة ذات محتوى ديني آخذ في التزايد. وأكثر الضلالات من هذا النوع شيوعا هو اعتقاد المريض انه المسيح، يحدث ذلك لدى المرضى المسيحيين والمرضى اليهود الذين يعيشون في بلدان ذات أغلبية مسيحية. كذلك فاعتقاد المريض بأنه القديس بولس، أو القديس بطرس، أو اعتقاد المريضة أنها مريم العذراء، مثل تلك الاعتقادات أصبحت كثيرة الشيوع في الوقت الراهن. وعلى عكس ما تحدثنا به كتب الطب النفسي، لم أصادف في حياتي مريضا يعتقد أنه نابليون بونابارت. وهناك نوع آخر من الضلالات أصبح أيضا كثير الشيوع هو ضلال الغيرة (أي الاعتقاد بخيانة الزوجة أو الزوج)، وهو يحدث بخاصة في مراحل العمر المتقدمة. إلا أنه أكثر شيوعا في الحالات البارانوية عموما [1] منها في حالات الفصام.

ولا يجب أن ننظر للضلالات والهلاوس على أنها-لكونها غير معقولة أو زائفة-غير جديرة بالاعتبار. إذ هي، كما نوهنا سابقا، ذات هدف وبالتالي ذات معنى وهو معنى بمقدور الاختصاصيين التوصل إليه. لقد أثبت فرويد أن المحتوى الظاهري للحلم والذي يبدو فارغا من المعنى هو في الحقيقة ذو معنى من المهم معرفته. وقد طبق كارل يونج على أعراض الفصام نفس التكنيك الذي طبقه فرويد على الأحلام، وأصبح بذلك أول طبيب نفسي يقدم تفسيرا سيكولوجيا وافيا للضلالات الفصامية. وقد كتب يقول «دع الحالم يروح ويغدو ويتصرف في يقظته كما يفعل أثناء الحلم، وسنجد أنفسنا على الفور أمام الصورة الكلينيكية للعتة المبكر (الفصام)».

ويمكن اعتبار معظم الضلالات والهلاوس بمثابة تشبيهات مجازية (خاصة ضلالات الاضطهاد) أو بمثابة عمليات تعويضية (خاصة ضلالات العظمة). ولنضرب بعض الأمثلة. قد يعتقد أحد المرضى بأن زوجته تضع له السم في الطعام. ويحس بطعم السم في كل مرة يأكل فيها. حقيقة الأمر هنا هي أن المريض يعتقد أن زوجته قد سممت حياته، مجازا. بمعنى أن حياته الزوجية تعسة للغاية. فيجد نفسه ميالا (أو مرغما) على الاعتقاد

---

(1) الحالات البارانوية غير الفصامية تتميز بوجود معتقدات ضلالية تدور حول الاضطهاد أو الغيرة، وتبدو منطقية متماسكة، ولا تصاحبها أية أعراض فصامية أخرى. (المترجم)

بأن طعامه مسموم. وأياً كان الألم المصاحب لذلك الاعتقاد، فان تقبل فكرة دس زوجته السم في طعامه، تبدو أقل مشقة من تقبل فكرة أن حياته (الزوجية) أصبحت مسمومة. وفضلا عن ذلك، فمواجهته لواقع أن حياته الزوجية تعسة إلى ذلك الحد، سيحمله شيئا من المسئولية عن ذلك. فربما كان هو الذي أثار لدى زوجته مشاعر العداء والشقاق، لعيب ما في شخصه.

وقد يعاني مريض آخر من هلاوس شميه، فيشم رائحة كريهة تنبعث من جسده وهو مؤمن بصحة ذلك على الرغم من أن جميع من حوله ينفونه. حقيقة الأمر في مثل تلك الحالة، هي أن المريض يشعر في قرارة نفسه بأن شخص مقزز ومنفر للآخرين، والدور الذي يلعبه العرض المرضى هنا هو تحويل شعوره هذا بعيدا عن شخصه. إذ أن تفكيره السلبي في جسده بدلا من شخصه يعتبر أيسر قبولا وأقل إيلاما.

أما من يعتقد أنه المسيح، أو من تعتقد أنها مريم العذراء فأولئك يكون تقدير الذات لديهم بالغ التدني وتكون صورتهم أمام أنفسهم مدمرة لكيانهم. وعن طريق ضلالات العظمة تلك يرفعون من قدرهم أمام أنفسهم. إذ يجعلون أنفسهم مثلا عليا ورموزا للكمال البشري.

الفصام الهيبفريني:

قد يكون من العسير التمييز بين الفصام الهيبفريني والبارانوى. فهما يشتركان في كثير من الأغراض، إلا أنه في حالة الفصام الهيبفريني تكون درجة المرض اشد، والأعراض أقل اتساقا وأكثر تفككا. وأكثر الفروق وضوحا بين النوعين، هو أن مريض الفصام الهيبفريني يعاني من خلط ذهني أشد ويكون بصفة عامة أقل قدرة على ممارسة الحياة الطبيعية. كذلك يصيبه المرض عادة في سن أصغر. وبعض المرضى البارانويين الذين لا يتلقون علاجا، يتقدم بهم المرض إلى النوع الهيبفرفينى.

وقد يميل المريض الهيبفريني إلى الاكتئاب الطفيف، إلا أن الحالة المزاجية الغالبة عليه هي جمود المشاعر والتجرد الانفعالي، ويتخلل ذلك بين الحين والآخر لحظات من المرح أو الفكاهة الظاهرية. وكثيرا ما يبتسم المريض في مواقف لا تدعو إلى الابتسام مطلقا. فقد تسأله عن شيء ما، فيرد بابتسامة لا تتلاءم مع الموقف. وقد يفكر أحيانا تفكيرا منطقيا، إلا أنه

معظم الأحيان يفكر تفكيرا عشوائيا، مفككا، يتسم بالخلط الذهني. وعلى عكس ما نجد لدى مريض الفصام البارانويى، لا توجد لدى الهيبفريني منظومات معقدة أو ترابطات تضم معتقداته الضلالية في إطار فلسفي أو ديني. فهو لا يهتم-مثل البارانوى-بأن يثبت صحة معتقداته. إذ لا يشعر بحاجة للدفاع عن نفسه أمام عدوان الآخرين. وقد يعتقد مثل البارانومي بأنه مضطهد، إلا أنه لا يشعر بمرارة تجاه ذلك. وضلالات العظمة، لدى الهيبفريني تفوق كثيرا مثيلتها لدى الباراونويى في درجة بعدها عن العقل وفي تشبثه بها دون أي منطق. فالمعتقدات الضلالية لدى الهيبفريني تكون عادة أكثر بعدا عن الواقع. وهي كثيرا ما تدور حول جسده، حيث يعتقد المريض أن أعضاءه قد دمرت أو توقفت عن العمل. فقد يعتقد أن مخه قد ذاب أو أن قلبه قد نقل من موضعه، وما إلى ذلك من ضروب المستحيل.

الفصام الكاتاتوني (التصلبي):

من حسن الحظ أن هذا النوع من الفصام قد أصبح أقل شيوعا بكثير عن ذي قبل. وهو يبدأ بفترة هياج-وقد لا تحدث في حالات كثيرة-تتميز بسلوك هائج غير واضح الهدف ثم تخمد ثائرة المريض تدريجيا حتى يصل، آجلا أو عاجلا، إلى حالة من السلبية التامة والانسحاب، والجمود الحركي شبه التام. وفي الحالات النموذجية يصبح المريض مثل التمثال إذ يتخذ أوضاعا كالتماثيل ويظل محتفظا بها لساعات أو أيام إلى أن يحركه أحد ليطعمه، أو يأخذه إلى الفراش، أو يساعده على قضاء حاجته ويبدو المريض منقطع الصلة تماما بالعالم من حوله. فقد تبلغه أشد الأنباء إثارة للمشاعر-مثل نبأ وفاة فجائية لشخص عزيز-دون أن تطرف له عين.

غير أن حالة انقطاع الصلة بالعالم تلك ليست سوى قشرة على السطح. فداخله بركان من الانفعالات. إذ على الرغم من استقباله الأنباء الفاجعة بجمود في الإحساس وبوجه خال من أي تعبير، فكثير منهم-بعد تجاوز النوبة-يستعيد بدقة كل ما قيل له. وهذا يدل على أنه كان على صلة وثيقة بالعالم من حوله غير أنه كان فاقد القدرة على الاستجابة الحركية، فحتى الحركات البسيطة اللازمة لنطق الكلمات كانت تتجاوز قدرته.

وإذا كان المريض عاجزا عن الحركة فليس ذلك بسبب أنه مصاب بالشلل

أو أن جهازه الحركي معتل. إنما يكمن السبب في اختلال قدرته على الإرادة، على إصدار تعليمات لأعضاء جسده بالتحرك بالطريقة التي تؤدي الفعل المطلوب. وإذا كنا نراه أحيانا شديد الطاعة وشديد القابلية للإيحاء فالسبب هنا هو أنه يسلم نفسه لإرادة شخص آخر. فلو حادثه الطبيب أثناء الفحص قائلا: اخرج لسانك أريد أن أشكه بدبوس، لوجدته يفعل ذلك صاغرا. ويستطيع الطبيب أن يجعل جسم المريض يتخذ أشد الأوضاع صعوبة، ويظل المريض على ذلك الوضع لساعات. وتسمى هذه الظاهرة بالتصلب الشمعي. وتوجد لدى المرضى من هذا النوع، ظاهرة مناقضة للطاعة المطلقة هي السلبية العكسية Negativism فإذا طلبت من المريض أداء حركة معينة، تجده يفعل عكسها تماما. فإذا سألته مثلا أن يخرج لسانه أغلق فمه بإحكام أو أدار وجهه بعيدا، وإذا طلبت منه أن يقف تمدد راقدا. وكثيرا ما يواصل المريض ممارسة بضعة أنشطة، لكنه يؤديها بطريقة روتينية وعلى نفس الوتيرة. ولا يمارس أية أنشطة عفوية أو مبتكرة. إلا أن ثمة استثناءات لافتة. فعلى عكس حالة الجمود الحركي المعتادة، قد تجد المريض يكرر بعض الأفعال التي تكتسب لديه معنى خاصا أو تحقق له غرضا خاصا في نفسه. فقد رأيت مريضة في الثانية والعشرين من عمرها تتجرد من ملابسها بصورة تكرارية دون اعتبار لوجود آخرين من الإناث أو الذكور. وكثيرا ما نجد لدى المرضى من هذا النوع: ضلالات وهلاوس، إلا أنهم لا يستطيعون التعبير عنها إلى أن تتحسن حالتهم. وكثيرا ما تدور تلك الضلالات والهلاوس حول موضوعات كونية كأن يعتقد مثلا «أن العالم يتحطم». وأحيانا يستطيع المريض إجابة الأسئلة التي توجه إليه، لكن إجابته تكون ذات مقطع واحد: نعم أو لا.

ومن المهم أن نتعرف على العوامل النفسية وخبرات الطفولة التي تساعد على حدوث الفصام الكاتاتوني. فمرضى هذا النوع من الفصام هم أولئك الذين لم يتح لهم في طفولتهم أن يكتسبوا ثقة في أفعالهم الشخصية ولا قدرة على الاعتماد على أنفسهم في تحديد اختياراتهم واتخاذ قراراتهم. فقد تعلموا في طفولتهم الطاعة العمياء لأبويهم ولم يتدربوا بدرجة كافية على استعمال حرية الإرادة. وعندما يأتي الوقت الذي عليهم فيه أن يتخذوا قرارا يجدون أنفسهم في حيرة من الأمر، فمشاعرهم متضاربة وقدرتهم

على اتخاذ القرار مسلوبة. وغالبا ما يشعرون بالذنب إذا سمحوا لأنفسهم بتحقيق رغباتهم وقد يتخذون في نهاية الأمر قرارات خاطئة. وأكثر المواقف إثارة للقلق الشديد لديهم فيما بعد، هي تلك المتعلقة بالعلاقات الجنسية، والزواج، والمسائل العاطفية والطلاق، وتغيير الدراسة أو العمل والانتقال إلى مدينة أخرى، وما إلى ذلك.

وعلى الرغم من تلك الثغرات في تكوينهم النفسي، يستطيعون مواجهة المواقف شديدة الصعوبة، إلا أنهم، آجلا أو عاجلا، يواجهون في وقت ما موقفا متأزما يبدو لهم التغلب عليه أمرا مستحيلا. وغالبا ما يدفعون عن أنفسهم القلق الناشئ عن ذلك الموقف، باللجوء إلى الوساوس والأفعال القهرية، إلا أن ذلك لا ينجح في تخليصهم من مشاعر القلق فيجدون أنفسهم منزلقين شيئا فشيئا إلى حالة الجمود الحركي الكاتاتوني.

وفي بعض الحالات يتأزم الموقف بصورة حادة، فيدخل المريض مباشرة في حالة الجمود الحركي دون مراحل وسيطة. مثال ذلك، سيدة أمريكية متزوجة، في أواخر العشرينيات من عمرها، أصيبت بحالة جمود حركي كامل، قبل دقائق من الموعد المحدد لاستقلالها تاكسي يوصلها للمطار. وكان المفروض أن تسافر إلى أوربا لتلحق بزوجها الذي سبقها إلى هناك قبل عام.

وسفرها كان معناه أن تواجه زوجها بعد خيانتها له. إذ حدث أثناء غيابه أن حملت سفاحا وأجهضت نفسها في وقت كان الإجهاض فيه غير مشروع. والموقف الذي كانت عاجزة عن مواجهته هو ادعاء الإخلاص أمام زوجها. إذ كان ادعاء الإخلاص أكثر إثارة للشعور بالذنب من عدم الإخلاص ذاته.

ويكشف سلوك المريض خلال المرحلة السابقة على الجمود الحركي أو التالية له عند التحسن النسبي، عن شعور هائل بعدم التيقن وعدم القدرة على استخدام الإرادة، فقد يتوقف في منتصف الحركة، أو يؤدي الحركة وعكسها بصورة متتالية، فهو يعاني صراعا بين رغبته في الانسحاب من العالم وبين رغبته في الاندماج فيه، والحركات والأوضاع الجسمانية الغريبة التي يتخذها، هي نتاج لهاتين الرغبتين حينما تنشطان في وقت واحد.

وفرص الشفاء من النوبة الكاتاتونية جيدة، إلا أن الوقاية من نوبات

أخرى تتطلب عناية مستمرة. ويجب التركيز، سواء في علاج المريض أو في حياته الأسرية على تشجيعه على اتخاذ قرارات بنفسه، وتهيئة مناخ لا تكون فيه نتائج قراراته موضعا للنقد.

الفصام البسيط:

هذا النوع من الفصام هو أكثر الأنواع ندرة في أمريكا. ولم يكن يعتبر أصلا نوعا مستقلا إلا أن الأطباء النفسيين وجدوا أنه من المفيد اعتباره نوعا قائما بذاته. والفصام البسيط، على خلاف الأنواع الأخرى، لا يحدث مطلقا بصورة فجائية أو درامية. بل يحدث بالتدرج وببطء. حتى يكاد يكون من المستحيل تحديد نقطة بدايته. وعادة ما تبدأ المشكلات المصاحبة للفصام البسيط في فترة ما قبل المراهقة. فنجد المريض قد أصبح خاملا وميالا لتضييق نطاق حياته. ولا يصبح في مستقبل حياته الشخص الذي كان متوقعا أن يكون. ويعطي انطباعا بأنه متكاسل وبلا طموحات. فالحياة بالنسبة له مملة ولا تستثير لديه أية اهتمامات أو تحديات. وهو يفشل في الوصول إلى النضج الانفعالي أو العقلي بسبب عزوفه عن المشاركة في معظم مناشط الحياة. ورغم ذلك فبمقدوره أن يعمل إذا توافرت له الرعاية اللازمة، وان كان عمله لا يتسم عادة بالكفاءة أو الإبداع. وقد تنشأ لديه صعوبات في الدراسة أو العمل ويفصح عن رغبته في الابتعاد عن ممارسة أشياء مفروض عادة أن تكون مثيرة وجذابة.

ولا توجد في الفصام البسيط أية ضلالات أو هلاوس، أو ملامح تفكير غير منطقي بل على العكس يبدو المريض ميالاً لعدم التفكير. ولا يجد لديه حافزا لاستعمال عقله إلا في أقل القليل. ولا يميل للتفكير المجرد، بل يفضل أن يقتصر حديثه على بضعة موضوعات بسيطة أثيرة لديه.

وعلى الرغم من أن مريض الفصام البسيط يخلو من الاضطرابات الظاهرة التي توجد في الأنواع الأخرى، إلا أن حالته العقلية لا ترقى للمستوى الطبيعي. فلو عاش في بيئة طبيعية تتطلب المشاركة والمبادأة، لوجدنا سلوكه غير فعال وغير ملائم لمتطلبات الحياة اليومية. وعلى الرغم من أن سلوكه يخلو من العنف ومن الاضطرابات الجسيمة، إلا أنه يظل عبئا على أسرته. وإذا كان بلا أسرة، يصبح عرضة للسقوط إلى أدنى

درجات السلم الاجتماعي، أو لأن تستغله إحدى الجماعات المنحرفة. ومريض الفصام البسيط ما لم يعالج بكفاءة، فليس بإمكانه استعادة قدرته على الاستمتاع بالحياة أو على النمو الشخصي والمعنوي.

الفصام الوجداني:

في هذا النوع من الفصام، نجد إلى جانب الأعراض الفصامية، تغيرات واضحة في الحالة الوجدانية أو المزاجية، وهي تغيرات إذا أخذت على حدة أصبحت مميزة لنوع آخر من الأمراض الذهانية يسمى ذهان الهوس-الاكتئابي. حيث نجد المريض يمر بفترات من الاكتئاب، وبفترات من المرح قد يصل إلى حد النشوة. والفصام الوجداني يشفى بسرعة أكبر من الأنواع الأخرى، لكن نوباته تميل للظهور ثانية.

مسار الفصام:

من الخصائص البارزة لمرض الفصام ذلك التباين الشديد في مساره. فبعض المرضى يشفون من نوبة فصامية حادة خلال ساعات أو أيام أو شهور. وكما أشرنا من قبل فقد وردت تقارير عن حالات فصامية لم تدم أكثر من أربع وعشرين أو ثمان وأربعين ساعة.

ويوجد حاليا في أمريكا ميل للأخذ بالطريقة المتبعة في بلاد أخرى في تشخيص مرض الفصام، ووفقا لتلك الطريقة فإن الحالات المرضية التي تشفي خلال ستة شهور لا تعتبر فصاما حتى لو كانت ذات أعراض فصامية. وفي البلاد الناطقة بالفرنسية لا تسمى النوبة البارانوية الحادة فصاما بل تسمى نوبة ضلالية bouffee delirante وتلك الطريقة في التشخيص التي تعتمد على مدة المرض لا تبدو لي صحيحة علميا فالحالة المرضية التي لا تدوم سوى فترة وجيزة تماثل المرحلة المبكرة للحالات التي تدوم لفترة أطول.

وهناك بعض المرضى يستمر مرضهم فترة طويلة، ومنهم من يظل مريضا مدى الحياة (إلا أن عددهم حاليا أقل من ذي قبل). والبعض الآخر يتخذ لديه المرض مسارا دوريا يتميز بنوبات متكررة، وهذه الصورة الدورية تحدث أساسا للشخصيات المهيأة لذلك بحكم تكوينها.

ويمكن تقسيم مسار الفصام إلى أربع مراحل، مفترضين أنه سيستمر دون توقف حتى يصل إلى حالة النكوص الشديد. وعلينا أن نتذكر هنا، أن معظم مرضى الفصام الذين يراهم الأطباء النفسيون في عياداتهم الخاصة، يكونون في المرحلة الأولية للمرض، وهم يظلون كذلك حتى حين يعاودهم المرض للمرة الثانية أو الثالثة، ذلك أن طرق العلاج الحديثة تحول دون تقدمهم إلى مراحل أبعد. والمرحلة الأولى تمتد من بداية فقد المريض صلته بالواقع إلى أن تكتمل لديه الأعراض الفصامية على النحو الذي ذكرناه سلفا.

والمرضى الذين لا يتم شفاؤهم، يتقدم بهم المرض إلى المراحل الثلاث الأخرى. وتتميز المرحلة الثانية، وهى مرحلة متقدمة، بأن المريض يبدو فيها متقبلا لحالته، فالأعراض المرضية لا تظل مصدرا لانزعاج المريض كما كانت من قبل. وحياته تصبح مفتقدة للتلقائية ومحدودة النطاق أكثر فأكثر. وفي المرحلة الثالثة، وهي المرحلة قبل النهائية، تفقد الأعراض حدتها الأصلية، وتصبح متشابهة إلى حد كبير في أنواع الفصام كافة حتى ليصعب التميز بين نوع بارانويى ونوع كاتاتوني. أما المرحلة الرابعة فيتسم سلوك المريض فيها بالاندفاعية وبالأفعال الانعكاسية. ومعرفة خصائص تلك المراحل بعد الأولية، لا تهم قارئ هذا الكتاب. على أننا سنعود في الفصل التاسع لنناقش حالة المرضى الذين يتجاوز المرض لديهم مرحلته الأولية.

4 عالم الفصامي من الداخل

ما ذكرناه عن مرض الفصام في الفصل السابق يعتبر مفيدا، لكنه غير كاف. إذ علينا أن نعرف بصورة أفضل العمليات النفسية التي جعلت المريض يفهم الحياة والناس، ويفهم نفسه وماضيه ومستقبله، بطريقة مختلفة ليس فقط عن الطريقة التي يشعر ويفكر بها الآخرون تجاه تلك الأمور، بل أيضا عن الطريقة التي كان المريض نفسه يشعر ويفكر بها قبل المرض، فهو يبدو حاليا شخصا مختلفا لكنه أيضا نفس الشخص، وحالته الراهنة ذات صلة وثيقة بحالته التي كان عليها من قبل.

ولن نستطيع في هذا الفصل أن نستعرض عالم الفصامي من كافة جوانبه الرئيسية، بل سنكتفي باختيار بعض الملامح الهامة لذلك العالم بحيث تعطينا فكرة واضحة تماما عما يجري بداخله.

ولن يفيدنا كثير القول بأن المريض قد أصبح لا عقلانيا، لا منطقيا، غير مترابط الأفكار، غير واقعي، وغير متسق مع نفسه، وأن تصرفاته أصبحت شاذة وغريبة الأطوار، فمثل تلك الصفات ليست سطحية فحسب، بل هي غير دقيقة في بعض جوانبها. فالمريض العقلي منطقي أو له منطقه الخاص. صحيح أننا نرى الفصامي غير منطقي

في تفكيره وبخاصة عندما يتحدث عن الأغراض التي يعاني منها وصحيح أننا محقون في ذلك إلى حد ما، لكن دعونا نرى لماذا يعطينا ذلك الانطباع. ولنسأل أنفسنا: فيم تختلف الأعراض غير المنطقية في الفصام عن مثيلتها من الأغراض في الحالات الأخرى، كالعصاب مثلاً؟ وقبل أن نمضي في الإجابة، علينا أن نؤكد مرة أخرى أن معرفتنا النفسية لأعراض مرضى الفصام لا تعني معرفتنا لسبب تلك الأعراض أو لأسبابها المركبة.

ولنأخذ حالة عصابية مثل الرهاب (المخاوف العصابية) فنجد أن المريض قد يخاف من عبور الطريق. وقد ينتابه خوف شديد من الحيوانات. فإذا رأى كلبا أو قطة انتابته حالة من الهلع. وفي حالة عصابية أخرى مثل الوساوس والأفعال القهرية، نجد أن المريض قد لا يستطيع منع نفسه من فحص أرقام السيارات التي يراها، وحفظها. أو قد تسيطر عليه فكرة أنه ما لم يغسل يديه خمس مرات قبل الأكل، فسيصاب أطفاله بمرض يتسبب في وفاتهم. ومثل أولئك العصابيون يظلون محتفظين بتفكيرهم الطبيعي، ويدركون أن الأعراض التي لديهم ليس لها أساس في الواقع وأنها تقودهم إلى تصرفات لا يقبلها العقل وهم يسعون بشدة للتخلص منها. ولا شيء يسعدهم أكثر من ذلك. لكنهم لا يستطيعون.

بينما نجد من ناحية أخرى، أن مريضة الفصام التي لديها اعتقاد ضلالي بأنها ملكة إنجلترا، لا ترى أية غرابة في ذلك. بل هي تتشبث بتلك الفكرة كحقيقة لا جدال فيها على الرغم مما لدى الآخرين من أدلة دامغة على زيفها. فالمريضة تعيش في بروكلين لا في لندن، وتتحدث بلهجة أهل نيويورك لا أهل بريطانيا، ولا أحد يخاطبها «بصاحبة الجلالة» بل ينادونها «آنسة سميث» رغم ذلك فهي لا تفتأ تشير إلى نفسها بعبارة «صاحبة الجلالة» «ملكة إنجلترا». وعلينا أن نبحث عما طرأ من تغير في الوظائف المعرفية للمرضى من مثل الآنسة سميث فجعلهم غير قادرين على اختبار أفكارهم في الواقع أي غير قادرين على التمييز بين الحقيقة والخيال. فنحن جميعا قد نتخيل أو نتمنى أن نكون مثل ملكة إنجلترا، أو مدام كوري، أو ألبرت آينتشتين لكننا نعرف أننا لسنا كذلك وأننا إنما نتمنى ذلك فقط. والبعض يتمنى أن تكون له مكانة ملكة إنجلترا، أو كفاءة وإبداع مدام كوري أو ألبرت آينتشتين، لكننا نعرف أننا لسنا كذلك. ولقد ظلت ميكانزمات

التفكير الفصامي، من مثل تلك التي جعلت الآنسة سميث تعتقد أنها ملكة إنجلترا، موضع بحث مستفيض منذ أيام بلويلر، الطبيب النفسي الذي صاغ اسم الفصام. ولعله من الأفضل قبل الدخول في هذا الموضوع المعقد أن نبحث بعض الجوانب الأكثر بساطة لتلك الطريقة غير السوية في التفكير.

ويجب أن نؤكد أولا أن الفصامي لا يظل يفكر بطريقة فصامية طوال الوقت، وإنما يفعل ذلك حين ترغمه الضغوط النفسية على التخلي عن الطرق السوية في التفكير. وفضلا عن ذلك فالفصاميون يستخدمون ميكانزمات يشاركهم فيها، على الرغم من إنها ليست سوية إلى حد ما، العصابيون وحتى الأسوياء. ودعونا نتناول إحدى تلك الميكانزمات، مثل التبرير.

والتبرير هنا معناه محاولة إيجاد مبررات منطقية لأفعال أو أفكار ليست لها مبررات مقبولة، وإنما حدثت بدافع احتياجات نفسية قوية. ويتم ذلك عن طريق تقديم تفسير لفعل ما، هو على الرغم من ثبوت عدم صحته عند الفحص الدقيق، إلا أنه يبدو صحيحا ومستساغا لأنه ينجح في إخفاء المحتوى غير المنطقي لما حدث والدافع الحقيقي وراءه.

ولنأخذ مثالا على ميكانيزم التبرير لدى الشخص العادي. فقد يكون على أحد الأشخاص أن يلقي محاضرة في إحدى الأمسيات، وهو في قرارة نفسه راغب في قضاء تلك الأمسية مع أسرته. ويحدث أن يلقي بنظرة من النافذة فيجد السماء تمطر. حينئذ يقول لنفسه «الجو رديء ومن الحكمة ألا أغادر المنزل هذا المساء» وبهذه الطريقة تصبح رداءة الأحوال الجوية هي المسئولة عن عدم الذهاب إلى المحاضرة. لنأخذ الآن مثالا على ميكانيزم التبرير لدى إحدى مريضات الفصام التي كانت على مشارف مرحلة متقدمة من المرض. ولدت تلك المريضة وشبت في إحدى بلدان أمريكا الجنوبية، وقدمت إلى الولايات المتحدة في أوائل العشرينيات من عمرها بعد إتمام دراستها الجامعية. وتزوجت من مواطن أمريكي وأنجبت طفلا. وعندما رأيتها للمرة الأولى كانت في منتصف الثلاثينيات من عمرها، وكانت مريضة لعدة سنوات، وتعاني من أعراض نكوص نفسي. وكانت تبدو متبلدة الانفعال إلا حينما تتحدث عن زوجها الذي تكن له مشاعر استياء مرير. وكانت لا

تفتأ تصف زوجها بأنه شخص سيئ وأنها كانت تعلم ذلك دائما. وعندما سألتها لماذا قبلت الزواج منه إذا كانت تعلم أنه سيئ إلى هذا الحد، أجابت «لقد أقيم حفل الزفاف في هذا البلد. وعندما سألني القس إذا كنت أرغب في الزواج منه-قال ذلك بالإنجليزية ولم أفهمه-فقلت «نعم».

مثل هذا التبرير كان سيؤخذ مأخذ الهزل لو لم يفصح أيضا عن مشاعر الأسى لدى المريضة وكان سيبدو مما لو لم ينبن على مقدمات غير منطقية. فمن الواضح أن المريضة قد فهمت السؤال وأجابت عليه بالإنجليزية «نعم» وفضلا عن ذلك فقد كانت تتحدث الإنجليزية بطلاقة وقت عقد القران. وتبريرها ذلك، لا يمكننا الاقتصار في تفسيره على معناه الظاهري فنعتبره بمثابة محاولة من جانب المريضة لتبرير سلوكها أو لإبعاد المسئولية عن نفسها أو لجعل زواجها غير شرعي. فتبريرها اللامعقول في ظاهر الأمر ينطوي على ما هو أكثر بكثير من كل ذلك.

فقد بدت لها السنوات التي قضتها في الولايات المتحدة غير حقيقية، أو اتسمت على الأقل بجو من الغموض وعدم التحدد. فقد تميزت تلك السنوات بسلسلة من الأحداث غير السارة وصلت إلى ذروتها بزواجها غير الموفق. والفترة الوحيدة من حياتها التي أحست بأنها ذات معنى، كانت الفترة السابقة على مجيئها للولايات المتحدة، حينما كانت تتحدث الأسبانية. فنشأ لديها ارتباط بين اللغة الإنجليزية من ناحية وبين كل ما اتسم بالتشوش وغموض المعالم، وارتبط بصورة مباشرة أو غير مباشرة بالألم والأسى، من ناحية أخرى، إذ يمكن القول بأن المريضة عاشت بعض فترات حياتها كما لو كانت تعبيراتها الرمزية والمجازية حقيقة واقعة. فحالة عدم التيقن واختلاط الأمور التي اتسمت بها حياتها في أمريكا الشمالية أصبحت تراها على أنها صعوبة لغوية. كذلك لا يمكننا تفسير ذلك العرض أي التبرير، على أنه مجرد حيلة عقلية لإعفاء نفسها من المسئولية. إذ فضلا عن ذلك، هو بالدرجة الأولى، تعبير عن حياة المريضة بأكملها، عن أساها الشخصي العميق وعن الفارق بين السلام النفسي (أو ما بدا لها سلاما نفسيا) الذي اتسمت به حياتها الباكرة وبين الاضطراب النفسي (أو ما بدا لها اضطرابا نفسيا) الذي اتسمت به حياتها الزوجية.

فكما هو الحال في عمل الفنان أو الشاعر، يمكن اعتبار نوبة بسيطة،

أو عرض مفرد مثل التبرير، بمثابة تجسيد لقطاع أوسع من الواقع، للكيفية التي خبرت بها إحدى الزوجات الجزء الأكبر من حياتها الزوجية. لكن دعونا نعيد النظر في عملية التبرير التي حدثت لشخص سوى مثل المحاضر الذي تحدثنا عنه. فذلك التبرير أيضا لا يمكن أخذه بمعناه المباشر فقط. إذ يمكن اعتبار أن رداءة الطقس، والعواصف ومغادرة البيت ليلا، كانت ترمز لعالمه المهني الذي يتسم بالمشقة والتنافس، إذ يتطلب منه أن يظل دائما في المقدمة، وأن يواجه التحديات. بينما يمنحه البقاء في البيت شعورا بالأمان في وجوده مع زوجته، أو مع أمه، أو داخل رحم الأم، وفقا لمستوى التفسير الذي نراه ملائما لتلك الحالة. فالتبرير هنا، يكشف عن الحيرة بين نمطين للحياة عليه أن يواجههما، ويمثل الاختيار الذي عليه أن يقدم عليه أحيانا.

على أن الفحص الدقيق لهذين النوعين من التبرير يمكننا من التعرف على الفارق بينهما. فالتبرير لدى المحاضر مقبول في حد ذاته. فالناس قد تبقى في منازلها أحيانا بسبب رداءة الطقس. فنحن نجد هنا تطابقا بين الحقيقة الظاهرية وإن كانت سطحية وهى رداءة الطقس، وبين الحقيقة السيكوديناميكية وهي تجنب مواجهة عالم المهنة الشاق تلك الحقيقة التي كان عليه أن يقمعها بمعنى أن يبقى بالمنزل استنادا إلى كلا السببين، سواء أكان رداءة الطقس أم كان تجنب مواجهة تحديات الحياة المهنية.

أما في حالة السيدة القادمة من أمريكا الجنوبية، فلا نجد مثل ذلك التطابق أو التواؤم بين الحقيقة الخارجية أو السطحية، وبين الحقيقة المتعلقة بمشكلاتها النفسية العميقة. فالتبرير هنا لا يمكن قبوله إلا حينما نفهم ما الذي دفع به إلى أغوار النفس لتحل محله أو ترمز إليه الصعوبة اللغوية.

ويتضح لنا من تلك الأمثلة ومما سيرد لاحقا في هذا الفصل، أن أي شخص، حتى الفصامي، يسعى دائما إلى أن يظل حائرا القبول. وعلى عكس ما يعتقد البعض، فقلة من البشر هم الذين يقبلون ما يبدو لهم غير مقبول عقليا. فالحاجة إلى التقبل العقلي تضاهي في قوتها الحاجة إلى إشباع الدوافع غير العقلية، والذين ينظرون إلى البشر على أنهم كائنات تتحكم فيهم بصورة مباشرة أو غير مباشرة دوافعهم الغريزية، يقللون من

شأن تلك الحاجة إلى العقلانية.

والواضح إنه إذا كان علينا أن نحتفظ بمفهوم الغريزة فيما يتعلق بفهمنا للكائن البشري، فعلينا أن نعترف بغريزة النزوع نحو العقلانية (وهي تشتمل على العقل والتبرير العقلاني).

وإذا كانت الحاجة إلى العقلانية لا تزول تماما، فإن نمط العقلانية الشائع غالبا ما يتوقف عن العمل، وبخاصة في حالات القلق الشديد أو حالات الطوارئ وهو أمر يتحقق بدرجة أكبر في العمليات العقلية التي سنتناولها في هذا الفصل، على أن كل لا عقلانية لها عقلانيتها بمعنى أن لها غرضا خاصا ولا عقليا خاصا، ولا نملك هنا إلا أن ندهش من مدى تعدد جوانب النفس البشرية. فما يبدو لنا عنصرا غير منطقي إنما هو جزء من كل نفسي، هذا الكل النفسي بمقدورنا أن نفهمه بمجرد أن نعرف الدافع النفسي العميق وراءه والميكانيزمات العقلية الخاصة به.

طرق الفصامي الخاصة في التفكير:

ليس من الضروري لغير الأطباء النفسيين أن يعرفوا جميع قواعد وقوانين المنطق الخاصة التي يستخدمها الفصامي إثباتا لصحة أفكاره وعقده النفسية، التي تبدو لنا ضلالية. غير انه من المهم لهم أن يتذكروا دائما أن المريض حينما يعبر بإخلاص شديد أو يدافع عن أقوال أو معتقدات تبدو لنا غير معقولة، فإنه لا يفعل ذلك بسبب من عناده أو جموحه أو ميله للمعارضة أو الاعتراض، ولا لأنه يريد أن يكون لا عقلانيا أو عسير الفهم فأفكاره تبدو له عقلانية، لا جدال فيها، وتنبني على اقتناع مطلق بصوابها. ذلك أن دوافعه اللاشعورية، ورغباته التي لا يملك السيطرة عليها، ولا يستطيع الفكاك منها تجبره على أن يستخدم طرقا غير معتادة في التفكير.

وهناك مثال أميل إلى الاستشهاد به في هذا الصدد لأنه يعطي فكرة واضحة عن تلك الظاهرة، ويتعلق بمريضة شابة كانت تعتقد أنها العذراء مريم. وحينما كنت أسألها عن السبب في ذلك، كانت تهمس قائلة أنا عذراء، أنا العذراء مريم، ولكي نفهم ذلك علينا أن نفهم اثنتين من الميكانيزمات العقلية الخاصة بتلك الحالة، وهما يعملان معا في إطار الصورة الكلية، ففي أعماقها الداخلية كانت تشعر إنها بلا كفاءة وإنها غير

جديرة بأي شيء. فظروف حياتها دمرت إحساسها بذاتها وتقديرها لذاتها. وأصبحت صورة الذات لديها فظيعة ولا تستطيع قبولها. ومن هنا نشأت لديها الحاجة إلى أن تكون غير ذاتها، وأن تصبح بدلا من ذلك، ومن خلال عملية تعويضية، ما تعتقد إنه مثال للكمال الأنثوي-أي الشخص الذي تشعر إنها شديدة القرب منه وأنها تنتمي إليه روحيا. هذا الشخص كان بالنسبة لها مريم العذراء. لكنها لم تكن لتستطيع إقناع نفسها بأنها مريم العذراء لو ظلت تستخدم منطق التفكير المعتاد الذي كان سيذكرها بأنها ليست سوى «نانسي» وإنه لا يوجد أي دليل على أنها شخص آخر.

- فقد دفع بها المرض إلى تبني صورة بدائية من صور المنطق، حيث نجد أن أ تصبح ب إذا امتلكت خاصية واحدة من خصائص ب. وطبقا لذلك فإن أ «نانسي» تصبح ب «مريم العذراء» لأنهما يشتركان معا في صفة واحدة هي العذرية. فاستخدام المريضة لهذه الطريقة في التفكير يتيح لرغباتها أن تستند إلى منطقها الجديد. وتتشبث باعتقادها بأنها مريم العذراء.

وهذا النمط البدائي من المنطق لا يسير وفقا لقوانين التفكير الأرسطية الكلاسيكية والتي نتبعها في تفكيرنا بصورة تلقائية بل وفقا لقاعدة صاغها الطبيب النفسي فون دوماروس. تقول هذه القاعدة، مع شيء من التعديل، بأنه بينما لا يقبل الشخص العادي فكرة التماثل أو الهوية (أي أن شيئين أو شخصين هما نفس الشيء أو نفس الشخص) إلا بناء على تماثل أو تطابق الموضوعات (كلية الموضوع) فإن الشخص الذي يفكر وفقا للمنطق البدائي يقبل التماثل بناء على صفات متماثلة، أي بناء على خاصية مشتركة أو تماثل جزئي. فالتطابق التام ليس شرطا ضروريا للتماثل.

ومن أمثلة ذلك، المريض الذي ذكر بلويلر أنه كان يعتقد أنه سويسرا. كيف يمكن تفسير تلك الفكرة غير المعقولة؟ كيف يمكن لشخص أن يكون إحدى الدول؟ واقع الآمر أن سويسرا كانت، حتى في زمن بلويلر، من بين قلة من الدول التي تتسم بالحرية، وقد اختار المريض ذلك الاسم دلالة على فكرة الحرية التي كانت لديه حاجة ملحة لأن يتوحد معها. وسار التفكير على النحو التالي «سويسرا تحب الحرية. أنا أحب الحرية. أنا سويسرا».

مثال آخر، سيدة ذات شعر أحمر اللون، كانت تعاني من نوبة فصامية

حادة عقب الولادة، وأصيبت بالتهاب أحد أصابعها فأصبح متورما وأحمر اللون. فنظرت إلى طبيبها قائلة «هذا الإصبع هو أنا» ومضت قائلة مشيرة إلى إصبعها «تلك هي رأسي الحمراء العفنة» ولم تكن تعني بذلك أن إصبعها الملتهب كان تعبيرا عن حالتها، بل كانت تعني، بطريقة يصعب علينا فهمها، أن إصبعها كان هي فعلا، أو كان نسخة فعلية منها.

مريضة أخرى كانت تعتقد أن الرجلين الذين تحبهما هما شخص واحد في حقيقة الأمر، على الرغم من أن أحدهما يعيش في مكسيكو سيتي والآخر في نيويورك. وقد كان كلاهما يعزف الجيتار وكلاهما يحبها. وقد استطاعت عن طريق لجوئها إلى طريقة التفكير المبنية على قاعدة فون دوماروس، أن تثبت لنفسها أنها إنما تحب شخصا واحدا.

مثال آخر وإن كان مختلفا بعض الشيء. زارني مريض لأول مرة، وبينما كان يجلس بغرفة الانتظار وقعت عيناه على صورة في إحدى المجلات لطفل عار. وتذكر أنه أيضا، قد أخذت له صورة مماثلة عندما كان طفلا، وإنه منذ وقت قريب هدده أبوه بأنه سيطلع فتاته على تلك الصورة. والفكرة هنا هي أن المريض اعتقد أن رؤيته لتلك الصورة في غرفة الانتظار لم تكن مجرد مصادفة. وهو هنا يعبر عن ظاهرة شائعة لدى الفصاميين هي اعتقادهم أن ثمة قصدا وراء الأحداث التي تتشابه بمحض الصدفة. فالمتماثلات المخيفة والتي بلا تفسير تظل تطاردهم دون توقف.

وظاهرة التماثلات أو الاتفاقات العرضية تلك، وثيقة الصلة أيضا بقاعدة فون دوماروس. فالاتفاق يعني أن سمة ما أو حدثا ما مشابه لآخر يحدث في نفس الوقت أو يحدث في ظروف ذات دلالة خاصة بالنسبة للمريض. فالمريض في محاولته العثور على أدنى أثر للانتظام داخل العالم المشوش الذي يحيا فيه، يميل إلى رصد أية تماثلات يستطيع الوصول إليها، ويسعى إلى إقامة نسق من الانتظام بناء على تلك التماثلات. إذ أن مثل تلك الأنساق من الانتظامات المزعومة تدعم عقده النفسية وضلالاته.

وكثيرا ما يؤدي التركيز على التشابهات إلى أنماط غير متوقعة من التفكير الضلالي. فقد حدث مثلا أن مريضا واجه بعض المتاعب في عمله قبل حدوث النوبة الفصامية وعندما حدثت النوبة أصبح يعتقد أن كثيرين ممن يلتقي بهم في الطريق يشبهون تماما زملاءه في العمل. ويشعر أن

أولئك الزملاء لا بد لهم أخوة وأخوات وربما أشقاء توائم يسعون إلى مضايقته بتواجدهم أينما ذهب. وقد حدث أن رأى شابا يشبه صديقته التي اعتاد أن يخرج معها. فأحس على الفور أن ذلك الشاب لا بد أن يكون شقيق تلك الفتاة على الرغم من أنه يعلم أنها بلا أشقاء. وعندما تماثل للشفاء ظل يحدث الطبيب عن ميله القوي إلى الربط بين الناس والأشياء على أساس وجود بعض التشابهات بينهم. لكنه أصبح قادرا على مقاومة الميل إلى توحيد الهويات بطريقة غير سوية. حيث يمكن لأي شخص به سمة ما من سمات المضطهد المزعوم، مثل أن يكون ذا لحية أو أحمر الشعر أو مرتديا زيا معينا، أن يصبح هو المضطهد نفسه، أو أحد أقاربه أو يصبح ذا صلة به على أي نحو كان. ويتضح لنا من تلك الأمثلة أن كثير من المرضى يجدون أنفسهم خلال تلك المرحلة منساقين وراء ما يسمى بـ «هوجة التماثلات أو توحيد الهويات».

والفصامي يستخدم طريقة التفكير البدائي تلقائيا دون أن يعرف ميكانزماتها أو خطواتها المتتابعة، تماما مثلما نستخدم نحن قوانين المنطق الأرسطي دون أن ندري عنها شيئا، أو مثل مسيو جوردان، أحد شخصيات موليير، الذي كان يلقي مقطوعات من النثر الأدبي دون أن يعرف ما هو النثر. مريضة فصامية مثلا تعتقد دون أن تعرف لماذا، إن الطبيب المسئول في قاعة المرضى هو أبوها وأن باقي المرضى هم أخواتها. فقد اتخذت من صفة مشتركة هي وجود رجل في موقع السلطة، أساسا لإقامة التماثل بين الطبيب وبين أبيها. وصفة مشتركة أخرى هي أن المريضات الأخريات هم في مثل موقعها المتسم بالاعتمادية، جعلتها تعتبرهم أخواتها. وقد يسر لها ذلك وضعها العائلي الذي يتحكم فيه أب متسلط متعصب.

وأحيانا يتطلب تفسير ذلك النمط من التفكير مزيدا من الدقة. مثال ذلك مريض حدث عنه فون دوماروس كان يعتقد أن المسيح، وعلب السيجار، والجنس؟ هم نفس الشيء. وبتحليل ذلك المعتقد الضلالي اتضح أن الصفة المشتركة بين الأشياء الثلاثة كانت هي حالة التطويق. فطبقا لما صرح به المريض، فرأس المسيح تطوقها هالة النور، وعلبة السيجار يطوقها شريط الرسوم الضريبية، والمرأة تطوقها نظرات الرجال.

والعمليات العقلية التي تحدث في التفكير الضلالي للفصاميين تشبه

العمليات التي ذكرها فرويد في تحليله للأحلام. بل إن عالم الرمزية الفرويدي بكامله، كما يظهر في الأحلام، يعتمد من حيث بنيانه الصوري، على قاعدة فون دوماروس. فما يرمز إلى أ، هو شيء يشير إلى أ، لكنه أيضا شيء يحتوي على بعض خصائص أ-أي أن بينهما صفة أو خاصية مشتركة. ففي الأحلام، نجد أن الثعبان أو قلم الحبر قد يرمز إلى القضيب للتشابه بينهما في الشكل الطولي. والملك قد يرمز إلى الأب نظرا لموقع السلطة الذي يحتلانه. والصندوق قد يرمز إلى المهبل لأن كلا منهما قابل لأن يحتوي شيئا داخل تجويفه. والزوجة في الحلم قد تظهر مكتسبة الخصائص الجسمانية لرئيس العمل. فكلا الشخصين يظهران في الحلم كشخص واحد لأن الحالم يكون مشغولا بسمة مشتركة بينهما هي موقف السيطرة ويقع الاختيار على رئيس العمل كرمز للسيطرة لأن الحالم، بحكم تكوينه النفسي الخاص، يكون أكثر تقبلا لأن يسيطر عليه رئيس العمل من أن تسيطر عليه زوجته.

وهكذا نرى أن الحالم حينما يحلم والفصامي حينما يمارس ضلالاته فإنهما يفكران بطريقة نفهمها على أنها مجازية أو استعارية. والفصامي حينما ينغمس في عالمه الضلالي يبدو لنا أنه يحيا في عالم المجاز. لكن علينا أن نتذكر، أن ذلك العالم مجازي بالنسبة لنا نحن وليس بالنسبة للمريض، فهو بالنسبة له حقيقة واقعة. وقد قال كارل يونج، المحلل النفسي السويسري الذي افترق عن فرويد مؤخرا، لو أن الحالم فعل في يقظته نفس الأشياء التي يفعلها في أحلامه لأصبح فصاميا.

اللغة في مرض الفصام:

يعتبر موضوع اللغة وعلاقتها باضطرابات التفكير من الموضوعات الكاشفة لخصائص التفكير الفصامي. وهو موضوع متشعب، لذلك سنكتفي هنا بذكر بعض النقاط التي قد تهم القارئ.

تبدو لنا لغة الفصامي، في معظم الحالات المرضية الشديدة، غامضة أو غير مفهومة على الإطلاق. ويذهب بعض الباحثين إلى أن افتقاد الوضوح في لغة الفصامي هو محاولة من جانبه لأن يخفي عن الآخرين، وعن نفسه على الأخص، المحتوى المثير للقلق لما كان عليه أن يقوله. فهو عازف عن

التواصل مع الآخرين. وهم يرون في طريقته في الكلام نفس الميكانيزم الذي رآه فرويد في تحليل الأحلام: محاولة إخفاء المحتوى الحقيقي. وعلى الرغم من أن ذلك صحيح في بعض الأحوال، إلا أن التغييرات اللغوية التي تحدث في الفصام، لها تشعبات أخرى، ويجب تناولها في ضوء المنطق وفي ضوء اضطرابات التفكير.

ويمكن تناول أية كلمة من الكلمات من ثلاث زوايا. ولنأخذ مثلاً كلمة منضدة.

فكلمة منضدة هي مفهوم معناه: قطعة من الأثاث تتميز بجزء علوي أفقي مسطح يقف على أرجل. ويمكننا القول بأن هذا هو تعريف المنضدة وفي المنطق يسمى ذلك «مفهوم» كلمة منضدة لكن المنضدة ليست مجرد مفهوم، فقد يكون المقصود بها هو الموضوع ذاته أي المنضدة ككيان مادي، المنضدة التي أتناول عليها طعامي، وفي المنطق يسمى ذلك «ما صدق» كلمة منضدة. ولكن المنضدة إلى جانب ذلك، حركة صوتية، أي تركيبة صوتية أعطى لها معنى معينا. وهذا هو منطوق الكلمة. وكثيرا ما يحدث في الفصام تغير عقلي ما يجعل المريض لا يعطي المفهوم سوى أهمية ضئيلة ويركز بدلا من ذلك على منطوق الكلمات، على الكلمات كأصوات، ككيانات صوتية. وانطلاقا من التركيز على المنطوق الصوتي، تتالي عمليات عقلية أخرى. وبالتالي يبدو المريض أحيانا-الأمر الذي سيتضح من الأمثلة التي سيرد ذكرها-شديد الغموض، وغير مفهوم أو يكاد، وأحيانا أخرى يبدو فكهًا، كما لو كان يقصد إلقاء النكات. لكن المريض يعني تماما ما يبدو إنه من قبيل الدعابة.

فقد سئلت مريضة أثناء أحد الاختبارات النفسية عن معنى الحياة، فأجابت قائلة «يجب أن أعرف أية حياة تعني-هل تعني مجلة لايف أم تعني ذلك الشخص الودود الذي يشيع فيمن حوله المرح والسرور». وأخبرتني مريضة كنت أفحصها أثناء الحرب العالمية الثانية بأن اليابانيين سيهاجمون الأمريكيين في المرة التالية في ميناء (هاربر الماس أو هاربر الذهب) فلما سألتها لماذا؟ أجابت «في المرة الأولى هاجموا هاربر اللؤلؤة، لذلك سيهاجمون في المرة الثانية هاربر الماس أو هاربر السافير». فهي هنا استعملت كلمة لؤلؤة بمعناها أو مضمونها الحرفي، ومضت في إقامة تداعيات متعلقة

بالأحجار الكريمة.

وغالبا ما يطوع المريض منطوق الكلمات بحيث يتلاءم مع انشغالاته الخاصة أو معتقداته الضلالية. مثال ذلك مريض كان كلما سمع كلمتي هوم (منزل) وفير (منصف) ظن أنهما الألفاظ العامية لكلمتي هومو (جنسية مثليه) وفيري (حوريه) وتستخدمان للدلالة على الشذوذ الجنسي في الذكور. فقد كان مشغول البال بمشكلة المثلية الجنسية وكان يعتقد أن الناس تلمح إلى شذوذه الجنسي المزعوم. ولم يكن ليلحظ التشابه بين تلك الكلمات لو لم يكن مشغول الذهن بذلك الموضوع.

مريضة أخرى سمعت بعض العاملين في مكتبها يقولون «يجب الاهتمام بالـ «أُو» «بي (O.B).»وعلى الفور ظنت أنهم يشيرون إليها فهذان الحرفان كانا يرمزان بالنسبة لها إلى كلمتي حقيبة قديمة OLD BAG، ومعناها العامي امرأة حامل أو إلى كلمة OBSTETRICS أي الولادة، ومعنى ذلك انهم يتهمونها ظلما بأنها حامل. وقد تجاهلت الحقيقة التي تعرفها جيدا وهي أن ثمة قسما في مكتبها يبدأ اسمه بهذين الحرفين. وإن هذين الحرفين يستخدمان دائما على ذلك النحو للإشارة إلى ذلك القسم.

مريضة أخرى كانت تشعر حينما تسمع أحدا يردد كلمة «حلوى»، أنه إنما يشير إلى صديقها السابق. وكانت هذه المريضة تتبع نظاما للتخسيس الأمر الذي جعلها تتخلى عن أكل الحلوى تماما مثلما تخلت عن صديقها. فالصفة المشتركة هنا وهي «التخلي عن» جعلتها تماثل بين الحلوى وبين صديقها السابق وتفترض أن الآخرين يفعلون نفس الشيء.

ومع تقدم المرض، تصبح اضطرابات التفكير واللغة أكثر بروزا، ويصبح كلام المريض غير مفهوم بالكامل أو يكاد. إذ لا تترابط الأفكار فيما بينها كالمعتاد وينتج عن ذلك ما يسمى بـ«سلطة الكلمات».

وقد كتب بلويلر قائلا أن المرض «يقطع خيوط الترابطات التي توجه تفكيرنا، بصورة عشوائية تماما، فأحيانا يقطع خيطا مفردا، وأحيانا يقطع مجموعة كاملة، وأحيانا يقطع شريحة كبيرة من عدة مجموعات» وطبقا لبلوبلر فان «أكثر المحددات أهمية يكون مفتقدا تماما ألا وهو مفهوم الغرض».

وقد شهدنا تقدما كبيرا في فهم اللغة والتفكير الفصامي منذ كتابة

بلويلر لتلك الكلمات، ويرجع هذا التقدم في جانب منه إلى بلويلر نفسه وعمله الرائد الذي دفع إلى مزيد من البحث في ذلك الموضوع. وعلى الرغم من أن بلويلر قدم وصفا دقيقا للغة والتفكير الفصامي إلا أننا نختلف معه فيما ذهب إليه من أن مفهوم الغرض لا وجود له في تفكير الفصامي. فالغرض موجود، وإن كان من الصعب اكتشافه.

وليس ضروريا للقارئ أن يعرف الطرق التي يفسر بها كلام الفصامي وكتابته العسيرة الفهم. لكننا سنورد هنا مثالين لنبين كيف أن هناك حبًا بالغرض يمكن العثور عليه رغم أنه يصاغ بطرق غير معتادة ويتخفى وراء تعبيرات غريبة.

ودعونا نقرأ أولا فقرة من خطاب كتبته مارجريت، وهي مريضة فصامية، ونرى مدى التفكك الفعلي الذي يعبر عنه:

عزيزي د. أريتي

لقد أحضروني هنا لأنني عاطفية للغاية

لقد سألني د. ويبستر لماذا أحضروني هنا لكني لم أستطع الإجابة دون تردد لكنني الآن أعرف. أعرف الآن.

إنني عاطفية للغاية.

وهذا هو السبب في أنني لا أستطيع الحصول على عمل

وأنت أخطأت تشخيص حالتي

خذ هذا مثلاً

أبحث عن كلمة عواطف في الموسوعة (وهي من روائع الكلمات) وفي القواميس. واحذر أن تصاب بالحمى المخية الشوكية في دراساتك.

لكنك ستجد أن هناك فرقا بين عواطف المسيح وبين عواطف قاتل الزوجات.

بين عواطف المشاركة الوجدانية التي ليست في محلها وبين عواطف الأفكار الانتحارية.

هل أنت عاطفي متأثر الوجدان بشاعرك العظيم دانتي، يا دكتور أربتي؟

وأنا لدي إعجاب عاطفي بأعمال موليير. الشاعر الغنائي الفرنسي.

وهناك زهرة العاطفة.

والمسرحيات العاطفية لأوبيرا ميرجو

فالمريضة هنا تريد توصيل فكرة أنها أدخلت المستشفى لأنها شديدة العاطفة، لا لأنها مريضة عقليا. وتشعر أن تشخيص حالتها خاطئ. لكنها سرعان ما انساقت وراء معاني كلمة عاطفة PASSION وضاع منها الموضوع الأساسي.

ولم يعد هناك تفكير منطقي أو موجه، وبالتالي لم يعد هناك غرض ظاهر. لكن خطاب مارجريت رغم ذلك به معنى فهي تريد التأكيد بشدة على أن ثمة خطأ في تشخيص حالتها وأنها ليست مريضة عقليا. وعندما كتبت مارجريت رسالتها تلك، كانت قد وصلت إلى حالة نكوص متقدمة للغاية إذ كانت قد أمضت بضع سنوات بالمستشفى وكانت تعطي انطباعا بأنها متبلدة المشاعر أو على الأقل سطحية الانفعالات. الأمر الذي لم يظهر في كتابتها التي كان لها وقع انفعالي شديد. فهي تقرر بشدة أن سر متاعبها لا يكمن في أنها مريضة عقليا بل في أنها «عاطفية للغاية». وسرعان ما انحرف مسار تفكيرها، في رسالتها، واتجه إلى التركيز على معنى عاطفي، وهي ترى أنها كلمة عسيرة الفهم إلى درجة أن دراستها قد تؤذي الجهاز العصبي (فهي تحذر قائلة: إحذر أن تصاب بحمى مخية شوكية وأنت تدرس تلك الكلمة). وفي لغة الحياة اليومية تستخدم كلمتي عاطفة وعاطفي للدلالة على الرغبة الجنسية القوية، ولعل عدم القدرة على التحكم في تلك الرغبات هي أصل متاعب المريضة. لكن المريضة مضت إلى ما هو أبعد من المعنى الشائع: فقد امتد نطاق الجنس لديها ليشمل العواطف كافة، أي الانفعالات القوية بعامة فقد أصبحت كلمة عاطفة نفسها «إحدى الدوافع». واحتوت قائمة العواطف لديها أنواعا شتى، فمن المشاعر السامية ليسوع المسيح إلى مشاعر الإجرام لدى قاتل الزوجات، ومن الآلام الناشئة عن إظهار العاطفة تجاه من لا يستحقها إلى تلك المصاحبة للأفكار الانتحارية. كذلك ضمت إلى قائمة العواطف المشاعر التي تتولد من تذوق الشعر والفن.

وهكذا تكشف لنا القراءة التفسيرية الثانية عن أن مرجريت كانت، في باطن شعورها وفي قرارة نفسها على دراية بعديد من الأشياء. إذ على الرغم من حالة التفكك النفسي، فقد استطاع ما تدور حوله مشاعرها وما يشغل تفكيرها أن يخرج إلى حيز التعبير. والمعنى هنا لا يظهر من خلال

التتابع المنطقي للتفكير بل من خلال الصورة الكلية للأفكار. فأيا كانت درجة تفكك تلك الرسالة فإن نغمة خاصة وجواً خاصا يشيعان فيها وهو ما يسمى أحيانا نطاق المعنى. وأحيانا نجد كتابات وتعبيرات الفصاميين تتكون من «سلطة» كلمات ومن صيغ نمطية أي كلمات تتكرر بطريقة تشي بفقر في التفكير وافتقاد للمعنى. وأحيانا أخرى نجد أنه بمقدورنا، على الرغم من فقر اللغة الشديد والنمطية البارزة، أن نقتفي أثر شيء من المعنى المتخلل للنص ككل، أو نطاق المعنى. وفيما يلي ما كتبه أحد الفصاميين في مرحلة متدهورة جدا من المرض:

هل أرى كعكة هل أفعل عكس الفعل
نعم هل أشعر أن حواسي تخدعني
الأفكار في الإيحاء العقلي في تزايد
الحواس في الإيحاء
الحواس خادعة
في في خداع خداع خداع
خداع
ليمون الفانيليا مثل فانيليا الليمون مثل بداية
الـ في في ايحاءايحاءايحاء
إيحاء الإيحاءات مثل الـ
بداية الـ في الإيحاء
فانيليا الليمون مثل بداية الـ
العقل مثل الليمون مثل في في الإيحاء
ايحاءايحاءايحاءالـ
الإيحاءات
اللاإيحاء
أف
هل أرى هل في إيح

وهذا مثال نموذجي لسلطة الكلام وللتكرار النمطي. والانطباع الذي يتكون لدينا عند القراءة الأولى هو انه لغو خال من المعنى. كذلك يدهشنا تكرار بعض الكلمات لكن دعونا نحاول التوصل إلى نطاق المعنى على الأقل.

فالمريض مشغول البال بعدم قدرته على الفهم، وهو يتساءل: هل حواسه موثوق بها أم أنه يتعرض لعملية إيحاء عقلي؟ فهو يحس بأن العالم حوله تشيع فيه الفوضى ويتسم بالتجزؤ وبعدم اليقين. فكل ما يلاحظه حوله يؤدي به الى أحد اختيارين أو رمزين أصبح يرى من خلالهما كل شيء هما: خداع الحواس، والإيحاء العقلي. وبعبارة أخرى، فهو يشعر بأنه إما أن يكون ضحية لخداع حواسه، أو إنه يتعرض لإيحاء عقلي صادر من نفسه أو من العالم الخارجي. فقد أصبح يتعامل مع كل شيء من خلال هذين المفهومين النمطيين: الخداع والإيحاء. لقد حدثت له ظاهرة غريبة: «هل أفعل عكس الفعل؟» أي «هل أفعل عكس ما أود فعله؟». غير أن ثمة أشياء قليلة ظلت بمثابة جزء من الواقع لم تغمرها بعد أمواج الخداع والإيحاء. فهو يسأل نفسه عن شيء ملموس وعياني. فيقول «هل أرى كعكة؟». وهو يرى بعد ذلك الليمون والفانيليا، وهي أشياء جميلة الألوان تبعث على السرور، وتقف بمنأى عن بحر التشوش الذي يعبر عما فيه بكلمات مجردة. ويبدو أن الإيحاء العقلي قد تغلب لديه على خداع الحواس إذ يبدو أن المريض قد توصل إلى أن سبب متاعبه إنما هو الإيحاء، فواقع الأمر أن تكرار كلمة إيحاء له دلالة موحية.

الهلاوس:

تعتبر الهلاوس من الأعراض الهامة والمميزة لمرض الفصام. وهي تحدث في كثير من الحالات وإن لم تحدث فيها جميعا.

والهلوسة هي إدراك مثير خارجي لا وجود له. مثل أن يسمع المريض شخصا يتحدث إليه، أو يوجه إليه اتهاما ما، دون أن يكون هناك من يحدثه، وقد يرى أشخاصا غير موجودين، أو يشم رائحة لا يشمها سواه، أو يحس بطعم شيء غير موجود. على أن أكثر أنواع الهلاوس شيوعا هي الهلوسة السمعية: أي «الأصوات». والواقع أن ما يدعي المريض إدراكه إنما مصدره مثير داخلي، أي أنه يصدر من داخل نفس المريض. لكنه بقدر ما يعتقد المريض أن إدراكاته مصدرها الواقع الخارجي، بقدر ما تكون تلك الإدراكات زائفة. وقد ذكرنا عديدا من الأمثلة على الهلاوس في الفصل الثالث.

وهناك العديد من الطرق التي تحدث بها الهلاوس. لكننا نستطيع، في الحالات النموذجية، أن نميز ثلاث مراحل: وتتكون المرحلة الأولى من اللحظة الأولى لحدوث الهلوسة. فأحيانا لا يعطي المريض أهمية لتلك الظاهرة، لكنها في حالات أخرى يكون لها وقع مباغت وعميق يهز كيان المريض، فهو يسمع صوتا قويا يحمل رسالة موجهة إليه وحده رسالة ذات صلة وثيقة بتكوينه النفسي بأكمله. وكثير ما تحدد استجابة المريض لخبرته الأولى تلك، مسار المرض بعد ذلك. فقد يتأثر المريض تأثرا عميقا وينتابه خوف شديد، لكنه يقول لنفسه: إن ما أسمعه هذا ليس حقيقيا، إنه محض تخيلات؟ فإذا كانت لديه القدرة على الاستجابة لتلك الخبرة على ذلك النحو فهذا يعني أنه مازالت لديه القدرة على مقاومة الفصام. لكننا لسوء الحظ نجد أن المريض في معظم الأحيان، بسبب من حالاته النفسية السابقة، يشعر بالمهانة أكثر مما يشعر بالخوف، ويكون مهيأ بدرجة أكبر لقبول واقعية ما تدركه حواسه وبدلا من أن يقول لنفسه «هذا الصوت ليس حقيقيا»، نجده يقول «هذا الصوت حقيقي، لكن ما يقوله ليس صحيحا». وفي حالات نادرة يواصل المريض تفكيره فيما حدث على نحو يبعد به أكثر فأكثر عن الواقع. لكنه غالبا ما يتساءل: «ما معنى أن اسمع مثل هذا الصوت؟ ولماذا يقول ذلك عني؟» ويجيب قائلا: «إنني متهم. إنني مضطهد. إنهم يتقولون عليّ من وراء ظهري بطريقة تنطوي على إهانة وتحقير لشأني».

وبعد أن يجتاز المريض خبرته الأولى تلك، يدخل في المرحلة الثانية حيث يتوقع حدوث الهلاوس، فتحدث فعلا. أما المرحلة الثالثة. فلا يصل إليها إلا من يتقدم به المرض كثير. حيث تصبح الهلاوس ظاهرة مألوفة للمريض ويتواتر حدوثها إلى حد أن تصبح جزءا هاما من حياته.

وليس من الضروري للقارئ العادي أن يعرف كل النظريات التي تفسر الهلاوس. لكن من المهم أن يتذكر أن الهلاوس هي عبارة عن أفكار المريض جرت عليها تحولات معينة وأنها بهذا المعنى تعكس شعور المريض تجاه نفسه وتعكس علاقته بالآخرين وبالعالم عموما. والتحول الذي يحدث لتلك الأفكار هو أنها تصبح مدركات حسية، مسموعة (أو مرئية). وأحيانا يمر ذلك التحول بمرحلة وسيطة يسمع فيها المريض أفكاره ويعتقد أن الآخرين أيضا بمقدورهم أن يسمعوها.

ولعل من المفيد أن نبين أوجه التشابه بين الهلاوس والأحلام. فالأحلام هي أيضا أفكار ومشاعر الحالم تحولت إلى هلاوس. الفرق هو أن الفصام تغلب عليه الهلاوس السمعية بينما الأحلام تغلب عليها الهلاوس البصرية. والحالم أثناء حلمه، يعتقد أن ما يحلم به يحدث فعلا، تماما كما يعتقد الفصامي أن خبرته الحسية مصدرها الواقع الخارجي. والحالم لا يدرك انه يحلم إلا حينما يوشك على الاستيقاظ. كذلك فالفصامي لا يدرك أن هلاوسه وأعراضه المرضية الأخرى هي في حقيقتها تخيلات، إلا عندما يبدأ في التماثل للشفاء.

أما أثناء المرض، فالمريض لا يستطيع إدراك أن هلاوسه نوع من الخداع الحسي ما لم يعالج على النحو السليم. وقد كان الاعتقاد السائد إلى وقت قريب هو أن الهلاوس لا يمكن علاجها في ذاتها. وأنها تختفي من تلقاء نفسها عندما يشفى المريض أو يتلقى علاجا دوائيا لمرضه ككل. لكن أمكن مؤخرا التوصل إلى طريقة ناجحة في علاج الهلاوس بطرق علاجية نفسية بحتة (*).

(*) انظر: س، اريتي، تفسير الفصام، الطبعة الثانية (نيويورك. بيزيك بوكس، 1974 الفصل 37، الصفحات من 573 إلى 576.

5 أسباب الفصام

كثيرا ما نسمع أنه لا يوجد اتفاق بين الأطباء النفسيين على أسباب الحالات التي يعالجونها. ورغم أن هذا صحيح، إلا أنه لا يعني أن مجال الطب النفسي يسوده التشويش أو يدعو لعدم الثقة.

فالواقع أن ذلك القول له مدلولات أخرى، أبرزها أن معظم الأطباء النفسيين لا يودون الوقوع في خطأ الاختزالية بمعنى أنهم لا يريدون اختزال ما يرونه مشكلة معقدة ذات أبعاد كثيرة إلى مجرد سبب واحد أو معادلة بسيطة.

والاختلافات في مجال الطب النفسي لا تزيد عن الاختلافات القائمة في العديد من فروع الطب الأخرى. فثمة كثير من الأمراض الجسمانية الشائعة نعرف عنها أقل مما نعرف عن الأمراض النفسية. كذلك علينا أن نتذكر أنه على الرغم من أنه من الأفضل كثير أن تكون لدينا معرفة كاملة ودقيقة لأسباب الأمراض، إلا أن عدم توفر تلك الدرجة من المعرفة لم يحل بيننا وبين الوصول إلى علاج فعال أو من شأنه تحسين حالة المريض. وهذا ما حدث فعلا في تاريخ الطب الحديث. ولنأخذ مرض السكر كمثال وهو حالة نعرف عنها الكثير، ونعالجها بنجاح في معظم الأحيان. فنحن نعرف

أن مرض السكر ينشأ من عدم قدرة البنكرياس على إفراز كمية من الأنسولين تكفي لاحتياجات الجسم، لكننا لا نعرف ما الذي يجعل البنكرياس غير قادر على ذلك. ونحن نعرف أن السكر يصيب عائلات معينة لكنه لا يصيب كل أفراد تلك العائلات. ونعرف أنه يميل للحدوث بين الأشخاص البدينيين لكن ليس كل بدين يصاب به. ونعرف أن معدل حدوثه مرتفع لدى من يتناول كميات كبيرة من النشويات لكنه لا يصيبهم جميعا (ولا حتى معظمهم). وأخيرا، فعلى الرغم من أن معظم حالات مرض السكر تعالج بنجاح، فلا أحد منهم يشفى.

وبالنسبة للأمراض النفسية، فمن الصواب أن نقول: إنه وفقا لمعارفنا الحالية علينا أن نعتبر أنهما نتاج لمجموعة من الأسباب. ومن المحتمل أن المرض لا يحدث إلا حينما تجتمع تلك الأسباب. بمعنى انه لو توفرت تلك الأسباب دون واحد منها (أو عنصر منها) لا يحدث المرض. ويترتب على ذلك، انه لو أمكننا استبعاد أحد تلك العناصر (أو الأسباب) من المجموعة السببية، لتفادينا المرض.

ولعل القارئ الذي اطلع على الفصول السابقة قد تحقق من أن الأمراض النفسية لها هويتها المستقلة الخاصة بها والتي تميزها عن الأمراض العضوية. فحتى حينما نتحدث عن كثرة من الأسباب بالنسبة لأمراض الجسد، نجد أن جميعها ذات طبيعة عضوية. وقد تكون تلك الأسباب غير مرئية للعين المجردة، مثل البكتريا، لكنها جميعا تؤثر على الكائن عضويا من خلال عمليات كيميائية-فسيولوجية. أما بالنسبة للأمراض النفسية مثل الفصام، فهناك بعض الأسباب ترتبط مباشرة بالمستوى البيولوجي أو الكيميائي-الفسيولوجي، إلا أن هناك أسبابا أخرى ترتبط بمستويات مغايرة-سيكولوجية واجتماعية-حتى لو كان تأثيرها النهائي أو ارتباطاتها السببية الأولى بمرض الفصام، تحدث من خلال المستوى الكيميائي-الفسيولوجي. وسنوضح التفاعلات المتبادلة بين تلك المجالات في هذا الفصل.

وعلى الرغم من قولنا: إن معظم الأطباء النفسيين يعتبرون الأمراض النفسية نتاجا لعوامل عديدة، فإن بعضا منهم يعتبر أنها نتاج لسبب واحد أو يعطي أهمية حاسمة لسبب واحد. ومن المهم لأسرة المريض أن تعرف ذلك، لأن السبب الخاص الذي يعتبره الطبيب مسئولاً عن المرض، يعكس

المفهوم الذي سيتعامل من خلاله مع المريض والعكس صحيح تقريبا في الطب النفسي. بمعنى أن موقف الطبيب تجاه المريض يؤثر بدوره على تصوره النظري لحالته. فقد يرى فيه كائنا به خلل في التمثيل الغذائي وقد يرى فيه إنسانا يعاني، وقد يرى فيه شخصا واجه صعوبات حياته بطرق غير سوية، وقد يرى فيه كل ذلك. والقاعدة العملية-وإن لم تنطبق على بعض الحالات-هي أن المعالجين الذين يتصلبون في تشبثهم بموقف نظري معين، يتخذون موقفا غير مرن تجاه المريض أو على الأقل تجاه طريقة العلاج.

وبالنسبة للفصام، يمكننا القول: إن معظم الأطباء النفسيين يرون أن المجموعة الخاصة من العوامل أو المجموعة السببية التي تؤدي إلى ظهور المرض تتكون من ثلاث مجموعات:

1- عوامل بيولوجية، وهي تتعلق بالتكوين العضوي للمريض، وربما تكون موروثة.

2- عوامل سيكولوجية، وهي الخبرات التي تكتسب في الطفولة أو بعدها، والتي تتعلق بالأسرة وربما بأشخاص من غير أفراد الأسرة.

3- عوامل اجتماعية، وهي تتعلق بالأحوال البيئية عموما أو بالمجتمع الذي نشأ فيه المريض.

وعلى الرغم من أن تلك العوامل قد يبدأ تأثيرها على المريض في أوقات متباينة، فإنها تتشابك فيما بينها في النهاية، وقد تعمل متزامنة وتكوّن المجموعة السببية التي ذكرناها سلفا. وابتغاء للوضوح سنناقش كلاً منها على حدة. ولن يكون عرضنا لها وافيا وإنما سنقتصر على العوامل الرئيسية، إذ ليس هدفنا أن نقدم عرضا شاملا ودقيقا لهذا الموضوع المتشعب، بل إبراز الجوانب التي تهم بوجه خاص قارئ هذا الكتاب.

العوامل البيولوجية:

نشأ الاعتقاد بأن للفصام أساسا وراثيا من ملاحظة ارتفاع معدل حدوثه في عائلات معينة دون أخرى. فكثير من المشتغلين بالإحصاء يتفقون على أن نسبة حدوث الفصام بعامة أقل قليلاً من 1٪، تقريبا 85 و0٪. إلا أن معدل حدوثه في عائلات معينة-تمت ملاحظتها على مدى ثلاثة أجيال-

وجد أعلى بكثير.

فإذا كان أحد الأبوين أو أحد الأخوة قد أصيب بالفصام، فإن نسبة حدوثه بين باقي الأفراد تتراوح بين 4- 10٪. وعلى ضوء هذه الملاحظة البسيطة والمباشرة يمكن القول بأن للفصام أساسا وراثيا. إلا أن المسألة ليست بهذه البساطة. فهناك بعض الأمراض مثل كوريا هنتنجتون، ونزف الدم، والتشوه العضلي، والالتهاب الشبكي الصبغي، أساسها الوراثي ليس موضع شك. فعلماء الوراثة، وهم الذين يبحثون كيف تنتقل الصفات الوراثية من جيل إلى جيل، قد تمكنوا من الكشف عن أن تلك الأمراض تتوزع وراثيا وفق قوانين مندل، أو لتفرعات منها. لكن علماء الوراثة لم يستطيعوا التوصل إلى اكتشاف أية علاقة بين تلك القوانين وبين توزع الفصام.

وقانون مندل يصف نمط انتقال الصفات الوراثية وفقا لتعريف جريجور مندل Gregor Mendel الراهب الذي بين أن تلك الصفات إنما تنتقل من خلال اتحاد قائم على الصدفة بين أزواج من الوحدات الوراثية التي تسمى الآن بالجينات. ويوصف الجين بأنه سائد إذا كان من شأنه أن ينتج أثرا ملحوظا (مرضا مثلا) في الجيل الثاني حتى لو كان الجين المتحد معه متنحيا. ويوصف الجين بأنه متنح إذا كان من شأنه ألا ينتج أثرا ملحوظا، مرضا وراثيا مثلا، إلا إذا كان الجين المتحد معه حاملا لنفس الصفة.

وينتج عن اتحاد الجينات بتلك الطريقة عديد من الوحدات الثنائية، الأمر الذي يفسر تنوعات طرق انتقال الصفات والأمراض الوراثية. وليس من المهم بالنسبة لنا أن نعرف تفاصيل عملية اتحاد الجينات. لكن ما يهمنا هو أن نعرف أنه لم يتم اكتشاف أي اتحاد جيني معين قادر على تفسير تورع الفصام بين أفراد عائلة ما.

ولقد أثبت علماء الوراثة أن للتوائم المتماثلة نفس الشفرة الجينية تماما. وهذا يعني أنه لو أصيب أحدهما بمرض وراثي، فلا بد أن يصاب به الآخر، سواء أكان ذلك المرض سائدا أم متنحيا. ولا توجد طريقة لدراسة انتقال الأمراض الوراثية أفضل من جمع الإحصاءات الخاصة بالتوائم المتماثلة. فإذا كان المرض موضوع البحث مرضا عقليا، فأفضل السبل لبحثه هو دراسة التوائم المتماثلة التي نشأ كل منهما بعيدا عن الآخر حتى نتفادى تأثير التنشئة الأسرية. ولقد قام العديد من الباحثين بإجراء مثل تلك

الدراسات، ولعل أحدثها هو ما قام به الباحثون الاسكندنافيون. ولقد أظهرت تلك الأبحاث أنه لو حدث أن أصيب أحد التوائم المتماثلة بمرض الفصام، فإن الآخر سيصاب به في وقت ما بنسبة 35٪، حتى لو نشأ كل منهما بعيدا عن الآخر. وهذا يعني أن معدل حدوث المرض في هذه الحالة يصل تقريبا إلى أربعين ضعف معدل حدوثه بين سائر الأفراد. وهي نتيجة مدهشة بالتأكيد، لكن الأكثر إثارة للدهشة هو حقيقة أن 60٪ من التوائم المتماثلين الذين نشأوا بعيدا عن بعضهما البعض، إذا أصيب أحدهما بمرض الفصام، فان الآخر لا يصاب به حاضرا أو مستقبلا.

وبما أن أولئك التوائم متماثلون وراثيا تماما، فالاختلاف بينهما لا بد أن يكون نتيجة عوامل ذات طبيعة غير وراثية. والاختلاف أو عدم التطابق بين التوائم المتماثلة في حالة الفصام أكبر من التطابق. بينما لو كان مرض الفصام وراثيا بحتا لوجب أن يكون التطابق مائة في المائة. ويحق لنا إذن أن نقوله إنه أصلا كان تأثير العوامل الوراثية في مرض الفصام، فإن ذلك التأثير لا يتعدى أن يزود الفرد بإمكان حدوث المرض، وأن ثمة عوامل أخرى لا بد من توافرها لكي يتحول ذلك الإمكان إلى حقيقة. فعلية فماذا كانت المورثات الجينية تحمل تلك الإمكانية، فلا بد لها من أن تلتقي بعوامل أخرى منشطة، ربما تحدث في فترة لاحقة من حياة الفرد.

وقد حاول كثير من الباحثين منذ زمن طويل العثور على ذلك العامل المهيىء أو الأساس البيولوجي للمرض في بعض التغيرات المرضية للمخ. فمع تقدم علم باثولوجيا الجهاز العصبي حاول كثير منهم إثبات وجود تغيرات في تكوين نسيج مخ الفصامي، إلا أن الأبحاث لم تتوصل لشيء من ذلك القبيل. وتبين انه حتى باستخدام أقوى الميكروسكوبات، فإنه يستحيل تمييز خلايا مخ الفصامي من الشخص العادي. بل إن المجال الحديث نسبيا والخاص بالفحص المجهري (الميكرسكوبي) الإلكتروني لم يتمكن بعد من الإسهام بصورة إيجابية في إثبات أي تغيرات مرضية في خلايا المخ لدى الفصاميين.

على أن الدراسات الكيميائية الحيوية للجهاز العصبي قد أصبحت واعدة على نحو أفضل بكثير. ونشأت لدى كثير من الباحثين فكرة أن التهيئة الوراثية يمكن أن تنتقل من خلال بعض التغيرات في النشاط

الكيميائي الحيوي للجهاز العصبي. بل إن بعض الباحثين الذين لا يعتقدون بأن الاستعداد الفصامي وراثي أصبحوا يقبلون فكرة أن العملية الفصامية هي في نهاية الأمر عملية كيميائية حيوية، أيا كان السبب الأصلي للمرض.

وهناك بعض الأدلة التي تؤيد تلك الفرضية. فهناك أولا وقبل كل شيء، ذلك التحول الجذري الذي حدث خلال العشرين عاما الأخيرة في النظريات الخاصة بفسيولوجيا الجهاز العصبي. إذ بينما كان الاعتقاد السائد من قبل هو أن انتقال الرسائل بين الخلايا العصبية (النيورونات) يتم عن طريق تيار كهربائي يمر في الأجزاء الطرفية العصبية (الوصلات العصبية)، ثبت الآن أن وسيلة الانتقال ليست كهربية بل كيميائية حيوية.

وهناك دليل آخر-وإن كان موضع جدل شديد-هو التأثير الإيجابي للعلاج بالعقاقير. إذ يظن الكثيرون إنه مادام بمقدور مركب كيميائي (عقار الفينوثيازين مثلا) أن ينتج تأثيرا علاجيا في حالة معينة، فلابد أن تكون ذات أساس كيميائي. غير أن هذا النوع من الاستدلال لا يقدم برهانا لا يدحض فأولا، التحسن الذي يحدث هو تحسن في أعراض المرض لا أكثر. بمعنى أنه، على الرغم من أن الأعراض تختفي، إلا أن سبب المرض لا يتم علاجه، وبالتالي فالمرض قد يعاود الظهور كما سنرى في الفصل السادس. وثانيا فحتى الحالات النفسية البحتة يمكن أن تتحسن بتأثير مادة كيمائية. ودعونا نأخذ مثالا من الحياة اليومية. سيدة في الأربعين من عمرها نشبت بينها وبين زوجها مشادة خطيرة أكدت لها مرة أخرى مدى الصعوبات العديدة التي عليها أن تواجهها في حياتها الزوجية. وأصبحت قلقة معتلة المزاج ولا تدري ماذا تفعل. ولم تشأ طلب مساعدة مركز الإرشاد الأسري أو مركز علاج المشاكل الزوجية. فقررت أن تأخذ قرص فاليوم 5 مجم، وإذا بالقلق والحزن يختفيان. وتصبح غير مهمومة بمشكلاتها الزوجية. فمن الواضح هنا أن متاعب الزوجة كانت ذات طبيعة نفسية، ومن الواضح أيضا أن مادة كيميائية قد خلصتها من شعورها الواعي بمتاعبها. وربما يكون زوجها قد حذا حذوها، أو ربما يكون قد فعل ما يفعله معظم الناس عادة في المجتمعات الغربية في مثل هذه الأحوال حينما لا تتوافر أقراص مثل الفاليوم، وهو أن يذهب إلى البار ويتناول شرابا. وبذلك يكون هو أيضا قد دفن أحزانه في مادة كيميائية. وبالمثل، فإن حقيقة أن أعراض الفصام

تخف حدتها بتأثير طرق علاج كيميائية حيوية ليست دليلا حاسما على أن الفصام عملية بيولوجية بالكامل أو ذات طبيعة كيميائية حيوية. والواقع أن الاستعداد الشخصي للاستجابة لمشكلات الحياة الزوجية بمثل تلك الدرجة من القنوط مثلما حدث لتلك السيدة، ربما يكون أيضا وإلى حد ما ذا طبيعة بيولوجية. إذ ليس كل الناس، حينما يواجهون ظروفا مماثلة، يستجيبون بنفس الطريقة وتستدعي حالتهم تعاطي الفاليوم أو ما شابه. وليس كل من يواجهون مشكلات مماثلة يحتاجون إلى أن يغرقوا أحزانهم في الكحول.

ويعتقد كثير من الباحثين أنهم قد وجدوا تغيرات كيميائية حيوية محددة في الفصاميين. وهنا يطرح نفس السؤال. فعلى فرض أن تلك التغيرات الكيميائية الحيوية قد ثبت وجودها فعلا، فهل هي سبب للفصام أم نتيجة له؟ إذ من المفهوم أن كل ما يحدث في المخ له مقابله الكيميائي الحيوي. ومن المحتمل أيضا أن تكون هناك حلقة مفرغة. بمعنى أن المشكلات النفسية يمكن أن تحدث تغيرات كيميائية حيوية وهذه بدورها تؤدي إلى تغيرات في الوظائف النفسية. ومن الممكن أيضا أن تكون التغيرات البيولوجية الأصلية قد أحدثت اختلالات نفسية وهذه بدورها أدت إلى المزيد من التغيرات البيولوجية. وكثير من الباحثين يعتقدون أنهم قد توصلوا إلى دليل يؤكد أن ثمة تغيرات كيميائية حيوية تحدث في مرضى الفصام ولن نتعرض هنا للنظريات التي اتضح أنها بلا أساس، بل سنقتصر على تلك الأبحاث التي ما تزال تبدو واعدة.

ويقوم أحد تلك الأبحاث على فرضية التحول الميثيلي Transmethylation. ففي عام 1959 تم اكتشاف أن ثمة عملية كيميائية حيوية تحدث في المخ العادي وتسمى عملية التحول الميثيلي للنورإبينفرين إلى إبينفرين. وقد استدل كثير من الباحثين على أن ثمة تغيرات غير سوية تحدث في تلك العملية لدى الفصاميين، وقدموا نتائج تبرهن على ذلك. وتلك التغيرات من شأنها أن تخل بالتوازن الدقيق بين الجهاز العصبي السمبثاوي (الذي يؤدي عمله من خلال مركب الإبينفرين) وبين الجهاز العصبي الباراسمبثاوي (الذي يؤدي عمله من خلال مركب الأستيل كولين).

وهناك باحثون آخرون يعتقدون أن مرض الفصام يحدث نتيجة لنقص

مادة في المخ تسمى سيروتينين.

وقد خلص سيمور. س. كيتي S.Kety الذي ربما يكون قد قام بأكثر الدراسات تفصيلا حول الأسس الكيميائية الحيوية لمرض الفصام في الولايات المتحدة، إلى أنه لا يوجد حتى الآن دليل مؤكد على أن ثمة خللا كيميائيا حيويا محددا يحدث في الفصام.

وهناك أربعة شروط تجريبية يلزم تحقيقها لكي نبرهن على أن مادة ما تتسبب في حدوث الفصام، هي:

1- يجب أن يتم استخلاص هذه المادة، وأن يثبت وجودها في الفصاميين دون سواهم.

2- فإذا وجدت في حالات أخرى غير الفصام، يجب أن تكون كميتها في مرضى الفصام أعلى بكثير مما هي لدى غير الفصاميين.

3- يجب أن يكون بمقدور تلك المادة أن تحدث حالة فصامية في الأشخاص غير الفصاميين إذا تعاطوها بكميات معينة.

4- يجب أن يتميز مرضى الفصام بحساسية أكثر، أو بأي نوع من أنواع الاستجابة غير الطبيعية لمادة معينة.

وهكذا نرى أن كثيرا من الباحثين قد وجدوا فعلا تغيرات كيميائية حيوية في مرض الفصام. لكن ما توصلوا إليه لا يحقق أيا من الشروط الأربعة السالفة الذكر. وإن كان ذلك لا يعني طبعا أن الأبحاث المستقبلة لن تصل إلى نتائج أكثر إيجابية.

خلاصة:

يبدو أنه من الثابت أن التهيئة الوراثية لازمة لحدوث الفصام. لكن العامل الوراثي وحده لا «يسبب» الفصام. وفضلا عن ذلك، لم يتم اكتشاف أي قانون وراثي للفصام. ولم يتم تخصيص أي جين معين ذا علاقة بالفصام، سواء على المستوى الكيميائي الحيوي أو الفيزيائي الحيوي. هناك تغيرات كيميائية حيوية تحدث في الفصام، لكن منشأ تلك التغيرات ودلالتها تحتاج إلى إيضاح. بل نحن لا نعرف ما إذا كانت تلك التغيرات سببا، أم عاملا مهيئا، أم نتيجة لذلك المرض. وتشريحيا، لم يثبت وجود أي اختلاف في الجهاز العصبي المركزي بين الفصاميين وبين سواهم.

الأسباب النفسية:

سوف نبحث الآن طائفة مختلفة تماما من الأسباب: تلك هي الأسباب النفسية، والفرضية التي تقوم عليها هي أن العوامل النفسية قد تؤثر على نفسية الفرد أو على عقليته بطريقة غير سوية بحيث تؤدي في نهاية الأمر إلى الفصام ما لم تتدخل عوامل تعويضية في الوقت المناسب.

وقبول العوامل النفسية، كما ذكرنا سلفا، لا يعني استبعاد التهيئة البيولوجية. بل إن كثيرا من الباحثين، وأنا من بينهم، يعتقدون أن المسببات النفسية غير السوية وحدها لا تؤدي إلى الفصام ما لم تكن هناك تهيئة بيولوجية. وعلى العكس من ذلك، فالعوامل البيولوجية ليست علة كافية للفصام ما لم تؤازرها سلسلة من الظروف النفسية غير المواتية. وقد اعتاد د. روبرت كانكرو Robert Cancro وهو واحد من الباحثين الذين قاموا بأدق الأبحاث الحديثة في الفصام، على القول بأنه مثلما يلزم وجود حيوان منوي وبويضة ليتكون الجنين، يلزم وجود عوامل بيئية، وسيكلوجية، ووراثية لكي يحدث الفصام.

الطفولة والبيئة الأسرية

ما هي تلك العوامل النفسية؟ يرى كثير من الباحثين أنها تتحدد في الظروف التي تحيط بطفولة المريض، وبالطريقة التي تنشئه أسرته عليها وتعامله بها. ويعزو بعض الباحثين أهمية خاصة لاختلال التكوين الأسري ككل، ويركز آخرون على التعاسة الزوجية للآباء أو على شخصية الأب أو على نمط العلاقات القائمة بين الأخوة.

لكن شخصية الأم ومواقفها، تظل في رأي الكثيرين العامل النفسي الحاسم. فمريض المستقبل عادة ما يكون قد عاش طفولته في ظروف جعلت علاقته بالآخرين تتميز بالقلق أو الشعور بالعداء الشديد تجاههم، أو بالعزلة عنهم، أو بنسب متفاوتة من كليهما.

وتنطوي تلك الآراء على قدر كبير من الصواب، إلا أنها تصاغ بطريقة فيها مبالغة أو تستخدم في صياغتها تعبيرات تثير-دون وجه حق-شعورا بالذنب لدى الآباء، وبخاصة لدى الأمهات. فبعض الباحثين يصف أمهات الفصاميين بأنهن نساء يفتقدن مشاعر الأمومة. والأصوب أن يقال إن

أولئك الأمهات قد تغلبت عليهن مصاعب الحياة في بعض فترات حياتهن وتتفاقم شدة تلك الصعوبات ليس فقط بسبب تعاسة حياتهن الزوجية بل أيضا وبدرجة أكبر بسبب الميول العصابية والمواقف العصابية التي تكونت لديهن من خلال تعاملهن مع أطفالهن.

وهناك نقطة أخرى جديرة بالذكر، ذلك أن التقييمات التي أجريت على أمهات الفصاميين والتي كانت في غير صالحهن، إنما أجريت في فترة تميزت بأن تحولات عميقة في الدور الاجتماعي للمرأة كانت آخذة في الحدوث. كانت تلك هي الفترة التي سبقت مباشرة عصر تحرير المرأة، حين كانت المرأة تتطلع بقوة-لكن دون إعلان-إلى الاستجابة لحاجتها التي بدأت تحوز القبول والخاصة بتأكيد مساواتها مع الرجل. فهي لم تعد قابلة للرضوخ وإن كانت لا تزال لديها ميول لأداء دورها التقليدي. فقد تدخلت العوامل الاجتماعية في العلاقة الحميمة بين أفراد الأسرة وعقدت دور الآباء والأمهات على السواء.

وكانت تلك الفترة هي أيضا فترة تحول الأسرة إلى ما يسمى بالأسرة النووية Nuclear حيث أصبحت الأسرة تتكون من عدد قليل من الأفراد يعيشون في حيز ضيق من المكان ويتنافسون فيما بينهم على الممتلكات المادية والمعنوية. ويستبد بهم التناحر والعداء. وحيث أصبح البيت يفتقر إلى حد كبير إلى القيم التربوية والمهنية والدينية. فالأسرة النووية ذات أثر مدمر ليس على الأطفال فحسب بل وعلى الوالدين أيضا، وبخاصة الأمهات.

وأعتقد أن مريض المستقبل يجب أن يكون قد عانى في طفولته من وطأة مشاعر سلبية قوية مثل التوتر، والخوف، والقلق، والشعور بالعداء وبرود العاطفة-بصرف النظر عن مصدر تلك المشاعر-وأن يكون أيضا قد عانى من أثر التغيرات التي تطرأ على نموه نتيجة لتعرضه لتلك المشاعر السلبية، وربما يكون قد عانى أيضا من سمات شخصية تكوينية تجعله أقل قدرة على تحمل تلك التأثيرات غير المواتية.

وإجمالا نقول، إنه من اليسير (ومن الخطير أيضا في عواقبه) أن نقفز إلى استنتاج أن أم مريض الفصام هي المسئولة عن مرضه. فإذا كانت بعض أمهات الفصاميين لسن أمهات ذوات كفاءة فعلينا أن نعبر عن تلك الحقيقة الواقعية بكلمات أكثر دقة فنقول إن تلك الأم بالتحديد لم تستطع أن تكون

أما كفئا لذلك الطفل وبالتحديد في ظل تلك الظروف المحددة التي أحاطت بها. وبذلك نكون قد تعرفنا على ثلاثة عوامل مختلفة كانت تعمل معا هي؟ الأم (أو حالتها العصابية)، والأسرة بكل صعوبات حياتها ومتاعبها، والطفل باستعداده البيولوجي وحساسيته الخاصة.

ويلاحظ أننا قد ركزنا هنا-عملا بما هو سائد في تراث الطب النفسي- على دور الأم، على اعتبار أنها التي تضطلع بالدور الأكبر في تنشئة الطفل. لكن علينا أن نركز أيضا على دور الأب، أولا لأنه كثيرا ما يكون هو الأكثر اضطلاعا بتربية طفل معين، وثانيا لأنه من الممكن أن يؤثر على الطفل بطريق غير مباشر بمواقفه غير الموفقة تجاه الأم وتجاه باقي أفراد الأسرة.

وخلاصة القول: إن الظروف المحيطة بفترة الطفولة المبكرة تعتبر من العوامل ذات الأهمية المؤكدة والمؤثرة على حياة الفرد بأكملها، بما في ذلك استعداده للفصام، لكنها على أية حال ليست سوى جزء من كل. فمن بين الأسباب النفسية أيضا الطريقة التي يخبر بها الطفل واقعه البيئي. إذ ربما تكون لديه حساسية خاصة أو تهيئة بيولوجية خاصة تجعله يستجيب بقوة لا تتناسب مع شدة المؤثرات وبخاصة المؤلمة منها. وفضلا عن ذلك، علينا أن نضع في الاعتبار الكيفية التي يستوعب بها الطفل خبرات بيئته، أي كيف تصبح تلك الخبرات جزءا من تكوينه النفسي. ذلك أنه إذا كانت تلك الخبرات شديدة الوقع عليه، فربما تظل مثيرة للاضطراب النفسي وتسبب له المتاعب وعدم الاستقرار. وأخيرا، علينا أن نلاحظ على أي نحو أثرت الكيفية التي استوعب بها خبراته تلك على أحداث حياته اللاحقة. أي أن علينا دراسة تاريخ حياته بالكامل.

اكتساب أنماط خاصة للشخصية:

حينما ندرس حياة المريض بأكملها قبل ظهور المرض، يمكننا أن نتعرف فيها على أربع مراحل، أولها، وهي مرحلة الطفولة الباكرة، يعيشها المريض بكثافة انفعالية داخل أوضاع أسرية يخبرها بقوة بالغة وعلى نحو غير سوى.

أما المرحلة الثانية: (وهي مرحلة الطفولة المتأخرة) فغالبا ما يكتسب المريض خلالها-تحت تأثير صعوبات المرحلة الأولى نمطا خاصا من

الشخصية، ما لم يتم تصحيحه على نحو ما، فإنه يزداد وضوحا في فترة المراهقة وما بعدها. وأحد تلك الأنماط هو النمط الشيزويدي (الانطوائي) حيث يتوقع الشخص أوتوماتيكيا-نتيجة لخبراته الباكرة-علاقات غير مرضية مع الآخرين، فيصبح ميالا للانفراد، منعزلا عن الآخرين، أقل انفعالا، وأقل اهتماما، وأقل اندماجا من الشخص العادي. ويظل بينه وبين نفسه شديد الحساسية، إلا أنه يكون قد تعلم أن يتجنب القلق والغضب بطريقتين: بأن يظل متواريا عن الأنظار بقدر الإمكان، ويحتفظ بمسافة مادية بينه وبين المواقف التي من شأنها أن تستثير لديه تلك المشاعر، وبأن يكبت انفعالاته.

وهو يحافظ على المسافة المادية بأن يتجنب الدخول في علاقات مع الآخرين أو يحجم عن أية تصرفات قد لا ترضي الآخرين. ويتميز مثل هذا الطفل، في طفولته ومراهقته بأنه هادئ الطبع. وتتكون لديه الفكرة الخاطئة القائلة بأنه مادام «لا يفعل شيئا» فهو طفل جيد. وهو يكبر ولديه شعور عميق الجذور بالتشاؤم من نتائج أفعاله.

وإحدى خصائص الشخص الشيزويدي هي صعوبة أن ينظر مباشرة في عيون الآخرين، فتجده في طفولته وربما بدرجة أكبر في مراهقته وشبابه، ميالا للنظر بعيدا عن عيون الآخرين ولا يسمح بأن تلتقي عيونهما إلا للحظة عابرة. فالتقاء العيون يجعله أكثر تنبها ليس فقط لحضور الآخر بل أيضا إلى أنه ينظر إليه. وطالما أن الآخر لا ينظر إليه فهو ليس مصدر خطر. فإذا نظر إليه، سرعان ما يشعر بأن شخصا يكبره سنا، يريد اقتحام عالمه الشخصي، وربما يريد استجوابه.

وثمة نمط آخر نجده في الأشخاص المهيئين للفصام، هو النمط العاصفي (المتقلب الأهواء-المترجم). ومثل هؤلاء الأشخاص يجدون أن الآخرين مصدر إزعاج لهم ويتصرفون تجاههم بطرق متباينة ومتضاربة-فأحيانا يمتثلون للآخرين ويذعنون لهم بدرجة مبالغ فيها، وأحيانا أخرى تجدهم لحوحين عدوانيين وأحيانا ثالثة تجدهم منعزلين عن الآخرين. فلا نستطيع أن نتنبأ بما سيكون عليه سلوكهم في الموقف المعين.

المراهقة والشباب:

والمرحلة الثالثة التي تبدأ عادة مع المراهقة ربما تصبح أيضا مرحلة

اضطراب في حياة المريض. فالمراهق يمكن أن يصبح مشغولا بمشاعره الجنسية، لكن ما يشغل باله أكثر من أي شيء إنما هو الصورة التي تكونت لديه عن نفسه، وهي صورة لا يستطيع تقبلها، كما سنوضح لاحقا. لكن علينا أولا أن نؤكد أن نمط الشخصية الذي اكتسبه المريض سابقا والذي كان من المفروض أن يكون بمثابة حماية أو دفاع، قد أصبح حاليا يشكل عقبة إضافية بالنسبة إليه. فالشخص الشيزويدي، الذي عزل نفسه عن الآخرين وحدّ من اتصاله بأمور الحياة، يصبح أخرق ومرتبكا في تصرفاته، وغير قادر على التعامل مع أمور الحياة اليومية ومع الآخرين. وأما المراهق ذو الشخصية العاصفية فيصبح غير قادر على اكتساب إحساس واضح بهويته. وغير قادر على إجابة تساؤلات أساسية معينة يطرحها على نفسه. مثل: من هو وماذا تتوقع أسرته ومعارفه ومجتمعه منه؟ وحتى لو توصل إلى ما يتوقعه منه الآخرون، فهل بإمكانه تلبية تلك التوقعات؟ ولعل أشد الأسئلة حرجا بالنسبة إليه هو ماذا يتوقع هو من نفسه.

وهو لا يطرح تلك التساؤلات على نفسه بصورة عامة أو مجردة، أو نظرية كما لا يطرحها كأسئلة فلسفية. وإن كان طرح تساؤلات فلسفية من هذا النوع يعتبر أمرا عاديا بالنسبة للنابهين ممن هم في سن المراهقة والشباب المبكر. إلا أن الشخص المهيأ للفصام، وخاصة ذا الشخصية العاصفية، تجده مشغول البال بتلك المسائل على مستوى أكثر عيانية وفي حدود علاقته الخاصة بالآخرين لا أكثر. وحينما نقول إنه يطرح تلك الأسئلة فنحن لا نعني إنه يوجه لنفسه أسئلة بالمعنى الحرفي وإن كان ذلك أيضا أمرا جائزا. إلا أن ما يحدث غالبا هو أن طرح تلك التساؤلات وعدم القدرة على الإجابة عنها لا يتخذ صورة ألفاظ بل مشاعر، إذ يشعر بأنه منساق وراء لا شيء وأنه غير قادر على أن يجد نفسه.

وإزاء ذلك يلجأ الشخص الشيزويدي إلى استخدام ميكانيزمات تمليها عليه طبيعته الانعزالية. فيتبع الآخرين في صمت، ويظل شخصا منعزلا بلا صاحب. لكن ذا الشخصية العاصفية لا يستطيع المهادنة على ذلك النحو. إذ يظل دائب البحث عن دور له في الحياة، رغم أنه يفشل في ذلك. فهو يظل يحاول الوصول إلى الآخرين رغم أنه يخفق في كل مرة. ويظل محتفظا بطموحاته، رغم الإحباطات المتزايدة التي يتعرض لها.

وتتزايد الصعوبات كلما امتد نطاق فشله في اكتشاف دوره من دائرة الأسرة إلى الدائرة الأوسع التي تشمل الزملاء والمعارف وأفراد المجتمع الذي يعيش فيه، فأي دور يقوم به بينهم؟ وماذا يظنون به؟ وحينما يلتحق بعمل ما، يجد نفس المشاعر تتسلل إليه في صورة عدم قدرة على الإحساس بالانتماء لمهنته أو لعمل معين. وتتزايد تلك المشاعر بتأثير جو المنافسة الذي يشعر أنه محاط به. وعلى الرغم من أننا نجد مثل تلك المشاعر لدى العصابيين، إلا أنها تتخذ صورة أشد كثير لدى ذوي الشخصية العاصفية المهيأة لمرض الفصام.

وذوو الشخصية العاصفية كثيرا ما يكونون طيبين إلى حد الرضوخ الكامل، وأحيانا أخرى يكونون عدوانيين شاعرين بالعداء للآخرين، وأحيانا أقل ينسحبون في برج عاجي من العزلة. فإذا خرجوا من عزلتهم أصبحوا شديدي القلق، فالقلق يستحوذ على حياتهم وهم لذلك شديدو الاستعداد للاضطراب، فأقل الأحداث شأنا يمكن أن تفجر لديهم أزمة ما. وتصبح حياتهم غالبا عبارة عن سلسلة من الأزمات.

وذوو الشخصيات العاصفية يعيشون غالبا في جو من الكوارث والمهالك. لكنهم يظهرون قدرة عالية على النهوض من عثرتهم ويبدون قادرين على أن يستعيدوا قوتهم، ومعنوياتهم وروح المرح بسهولة. لكنهم لا ينجحون عموما في إخفاء قلقهم الكامن وراء موقفهم الظاهري المتسم بالسطحية والصخب. على أنهم حينما يصبحون في حالة مزاجية طيبة نسبيا، تظهر لديهم تخيلات عظمة وميول للشعور بالاضطهاد. ويتصورون أنهم سيصبحون ناجحين وعظماء لو منحت لهم الفرص. وإنهم سيتزوجون من أشخاص رائعين وهلم جرا. وهم يميلون للتطرف في كل شيء، فيرون الأمور إما سوداء، وإما بيضاء. فالقبول يعني لديهم الحب والتفاني، وعدم القبول يعني الرفض الكامل والكراهية فحياتهم تخلو من الظلال والألوان.

والتغيرات التي تحدث في الحالة المزاجية وفي مواقف أولئك الأشخاص لا تخفف من معاناتهم. والبعض منهم يلجأ إلى تعاطي العقاقير والكحوليات بإفراط. وغالبا ما تتسبب الأزمات التي يمرون بها في إضعاف قواهم بصورة متزايدة، وهي أزمات تحدث في كثير من الأحيان نتيجة لأحداث ضئيلة الشأن، لكنها تتضخم لدى مثل تلك الشخصيات العاصفية لأنها

تستثير لديهم لا شعوريا مواقف مماثلة حدثت في طفولتهم الباكرة وكانت مصدر قلق لهم. وأحيانا أخرى تحدث الأزمات فعلا بسبب مواقف عصبية تنشأ من أن مثل تلك الشخصيات قد تقدم بدافع القلق على تصرفات غير محسوبة العواقب (زواج متعجل، علاقات جنسية، وظائف غير مناسبة، انفصال زوجي أو طلاق مفاجئ، وهكذا). فالأحداث لا تحدث لهم دون أن يسهموا في حدوثها مثلما هو الحال في الشخصيات الشيزويدية. ذلك أن الأشخاص العاصفيين يبدو أنهم يبحثون بحثا نشطا عن طريقة ذات معنى في الحياة.

وكثير من الأشخاص الشيزويديين والعاصفيين لا يتطور بهم الأمر إلى حد الإصابة بالفصام. وهؤلاء يظلون محتفظين بسماتهم الشخصية تلك طوال حياتهم، ما لم تتدخل طبعا عوامل علاجية أو ظروف غير متوقعة، في الوقت المناسب، توجههم نحو طريقة أخرى في التكيف مع الواقع.

والبعض منهم تتزايد لديهم السمات غير السوية في سلوكهم حتى أن كثير من الأطباء النفسيين يعتبرونهم ما قبل فصاميين، أو لديهم فصام كامن، أو على شفا الفصام. ومعظمهم ينجحون في أن يعيشوا حياة اجتماعية لا بأس بها وإن لم تكن مرضية. وأيا كان الأمر، فإن التكوين الشيزويدي أو العاصفي للشخصية يفشل في النهاية في حمايتهم بالدرجة الكافية.

ولأسباب عديدة، تتزايد الصعوبات التي تتسم بها حياتهم كلما اقتربوا من سن الرشد. فظروف الدراسة، وتزايد الرغبة الجنسية، وبحثهم عن مكانة مناسبة في عالم يسوده التنافس، يشكل ضغوطا خطيرة على سماتهم الشخصية ذات الطبيعة الدفاعية. فالدفاعات التي اكتسبها الصبي في فترة حياته الباكرة كانت كافية تماما حينما كان تعامله مقصورا بصفة أساسية على أفراد أسرته. لكنه الآن يشعر أن عليه أن يتعامل مع العالم الأوسع. وعلى الرغم من تجرده الانفعالي، فإنه يشعر. باستياء إزاء حقيقة أن كلا من الأسرة والمجتمع يطلبان منه التخلي عن عزلته وانسحابه-وهو مطلب ليس بمقدوره تلبيته. فالسمات الشيزويدوية لشخصيته لم تعد قاصرة عن حمايته فحسب بل أصبحت تشكل عائقا فعليا حينما تضطره الضغوط الاجتماعية إلى التعامل مع المجتمع رغم ميوله الانسحابية. فهو يشعر أنه مدفوع قسرا إلى ما يفعل. ويسلك بطريقة عشوائية وبلا حماس ودون أن

يكون بإمكانه استغلال طاقته الكاملة، ويزيد من شعوره بالخوف، إحساسه بنقص الخبرة في التعامل مع الناس. فإذا أمكنه التخلي عن موقفه الشيزويدي وأقدم على فعل ما، عادت إليه حساسيته القديمة وعانى من قلق هائل. وتصور أن العالم مليء بما لا حصر له من رموز السلطة، المتحفزة لانتقاد تصرفاته. وتسهم الطبيعة التنافسية لمجتمعنا-حيث يتعين على كل فرد أن يؤكد ذاته أو يبرهن على كفاءته-في جعل وضعه أكثر سوءا. فإذا كان مكبلا بكل تلك القيود فلا عجب في أن يفشل. وكل فشل يؤدي إلى تزايد شعوره بعدم الكفاءة ويعرضه لمزيد من الفشل.

وحالة عدم التكيف المتزايدة لها وجوه ومسارات عديدة ومتباينة. فأحيانا تكون في أعلى درجاتها لكنها تصعب ملاحظتها على غير الملاصقين للمريض. بل على العكس، قد تضفي بعض سمات تلك الحالة-مثل عدم الانفعال والتؤدة-على المريض، مظهر الاتزان الذي قد يروق لمن لا يعرف ما يكمن وراءه من عدم استقرار نفسي. وأحيانا أخرى، تجد أن حالة من عدم التكيف الآخذة في التزايد-بصورة متخفية-والمؤدية للفصام، ظاهرة للعيان لكن في نواح معينة. فقد نجد مثلا أن مستوى الأداء المدرسي قد أخذ في التدهور المستمر فبعد أن يكون المريض جيد المستوى في المدرسة الابتدائية، يصبح مستواه أقل من المتوسط في المدرسة الثانوية حتى إذا وصل إلى المستوى الجامعي أخفق كلية.

والاهتمام بالجانب الجنسي من الحياة يتسع مداه كثيرا بدءا من سن المراهقة.

والحياة الجنسية، من حيث علاقتها بسيكولوجية الفصام، لا تهمنا في ذاتها وإنما تهمنا بالقدر الذي تؤثر به على صورة الذات من خلال المعاني الخاصة التي قد ترتبط بها لدى المريض. فإذا نشأت لديه مثلا فكرة عن نفسه أنه شخص غير كفء جنسيا، أو شاذ، أو غير مرغوب فيه، أو ليست لديه القدرة على التحكم الجنسي أو ليست لديه هوية جنسية محددة، فإن مثل تلك الانطباعات، قد تكون لديه شعورا بالذات بالغ الضرر.

اليأس، الهلع، قطع الصلة بالواقع:

ويصل الشخص المتجه نحو الفصام، آجلا أو عاجلا، إلى نتيجة مؤداها

أن المستقبل لن يسترد ما فاته في الماضي أو الحاضر. ويبلغ التدهور السيكولوجي المميز للمرحلة الثالثة من المرض أقصى مداه حينما يوقن المريض أنه لا أمل في المستقبل، وأن وعد الحياة لن يتحقق، وأن المستقبل يمكن أن يكون أكثر وحشة من الحاضر. فهو يشعر بأن المخاطر تحيط به من كل جانب، كما لو كان وسط أدغال. وهي ليست أدغال من الأسود والنمور والثعابين والعناكب، لكنها أدغال من التصورات-التي تدور حول فكرته عن نفسه-حيث تصبح صورة الذات لديه-وليس بقاءه-هي المهددة، والمخاطر هنا هي مشاعر تنشأ عن تصوراته حول نفسه، مثل أن يشعر بعدم الانتماء أو بأنه غير مرغوب فيه وغير محبوب وغير محب، غير كفء، غير مقبول، ضئيل الشأن، أخرق، بليد الحركة، شاذ، مختلف، مرفوض، مهان، مذنب، غير قادر على اتخاذ مسار له من بين مسارات الحياة المختلفة، مضيع الكرامة، متحامل عليه، منبوذ، مشكوك في أمره، وهلم جرا. هل هي أدغال من صنع البشر أوجدتها الحضارة بديلا للأدغال التي كانت تحاصر القبائل البدائية؟ لعلنا نجد الجواب في فهمنا للعملية الدائرية التي تتميز بها تلك المواقف.

ذلك أن التجمعات البشرية، في تراثها التاريخي وفي أوضاعها الراهنة قد أسهمت إلى حد كبير في صنع تلك الأدغال، لكن المريض نفسه قد أسهم في صنعها أيضا إلى حد كبير. فهو بحساسيته الناشئة من خبرات الماضي ومن الدفاعات النفسية التي عرقلت نموه بدلا من أن تؤازره، يدرك واقعه بصورة مشوهة. إلا أن هذا التشوه لا يكون عند هذا الحد قد اتخذ صورة إسقاط اضطهادي أو معتقد ضلالي. وإنما يمارس إحساس بالكرب، وحساسية زائدة، وخوف وقلق، وألم نفسي. ويصبح لدى المريض شعور بأنه غير مقبول ليس فقط من أولئك الذين يهتم بهم بل سيظل غير مقبول من الآخرين مدى الحياة. فهو يشعر بأنه مبعد عن طريق الحياة المزدحمة التي لا ترحم فهو غير متوائم، ووحيد. فهو يعاني من وحدة قصوى، فيصبح غير مقبول حتى من نفسه وتلك هي المأساة الحقيقية: أن يصبح المر غير مقبول من نفسه. وعند هذه النقطة تحدث حالة الهلع.

وتلك الحالة الخاصة من الهلع يخبرها المريض في البداية كخليط من شيء شديد الوضوح (مثل صورة الذات المدمرة)، ومن شيء غامض وكثيف

الظلال. هذه القوى الغامضة، التي ظلت ساكنة طويلا ثم أخذت تنبعث في صخب، هي خبرات الطفولة الباكرة، وهي خبرات غير سارة، ليس بالضرورة لأن ظروف الطفولة كانت غير سارة فعلا، وإنما بسبب أن المريض يبالغ ويضخم من شأن الجوانب السلبية لخبراته. وخلال فترة الهلع تلك يجد المريض نفسه غير قادر على فعل أي شيء. ويبدو وكأن الأحداث تقع له من تلقاء نفسها. وأنه لم يعد فاعلا لها ولا يملك من أمرها شيئا.

المرض الصريح:

وعند هذا الحد تبدأ المرحلة الرابعة، وهي المرحلة التي يتجلى فيها المرض بصوره الكلينيكية الصريحة. فتتقطع الروابط بين المريض وبين الواقع وينسحب منه بالطريقة اللافتة للنظر التي وصفناها فيما سبق وأحيانا أخرى يلجأ المريض لعملية الإسقاط ويصرح بأفكار اضطهادية. ولم يكن المريض خلال فترة الهلع يلقي اللوم على العالم الخارجي وإنما كان يعتبر نفسه إلى حد كبير مسئولا عن هزيمته. والآن يعود فيحيل تلك المشاعر إلى الخارج. فيحس بمشاعر عداء غامضة تحيط به من كل جانب. ويصبح العالم مرعبا والخطر يتهدده في كل مكان. ولا سبيل أمامه للهروب.

وعلى المستوى الكلينيكي لا يعتبر المرض قد حدث فعلا عندما يسقط المريض مشاعره وأفكاره على العالم الخارجي فحسب، بل أيضا عندما تتخذ تلك الإسقاطات صيغة محددة. فغير المفهوم منها يصبح مفهوما والتوقع الغامض للخطر يتحول إلى خطر محدد. وبعد أن كان العالم كله ضد المريض، يصبح الطرف المضاد هو «هم». فلا يعود يشعر بأن الجميع يتفحصونه ويراقبونه، ولا يعود يراوده الشك تجاه جيرانه غير الودودين. إذ يتحول الإحساس بالشك إلى اعتقاد بأنهم «هم» الذين يتابعونه ويراقبونه، أو حتى يتحكمون في تصرفاته. فما كان عاما، مبهما، مجردا، أصبح محددا. وكلمة «هم» تشير إلى جماعة ما تمثل بالنسبة إليه مصدر التهديد الخارجي، ثم تشير فيما بعد إلى جماعة بعينها مثل وكالة الاستخبارات، أو الجيران، أو ما إلى ذلك. فبينما كان المريض يعتقد، وهو في المرحلة الثالثة من المرض، بأن عديدا من ذوى الشأن كانوا محقين في التقليل من قدره، أصبح الآن يعتقد أن قلة من أشرار الناس ذوي النفوذ متحاملين عليه وأنهم

السبب وراء متاعبه. وغالبا ما يمر المريض ببعض الخبرات التي تجعله مقتنعا بأن شيئا ما قد تم فعله أو تم ترتيبه ضده. وأنه ضحية مؤامرة. وأنه متهم بأنه جاسوس، أو قاتل، أو خائن. فهو يسمع هلوسته الصوتية تردد تلك الاتهامات. فهو غير سعيد، خائف وغالبا متذمر.

ومن المهم هنا أن نناقش بعض النقاط التي أشرنا إليها في الفصل الثالث. فللوهلة الأولى قد يتصور المرء أن حدوث أعراض مرضية لا يمكن أن يكون عملية دفاعية. ذلك أن المريض يعاني فعلا. إلا أن التفسير «السيكوديناميي» للفصام ينظر إليه على نحو مختلف، إذ لو تعمقنا الأمر قليلا لرأينا أن تحول الصراع الداخلي إلى أعراض ينسبها المريض إلى العالم الخارجي إنما هو عملية في صالح المريض. صحيح أنه أمر مؤلم أن يكون المرء موضع اتهام من الآخرين، إلا أنه أقل إيلاما من أن يتهم الإنسان نفسه وأن يصبح غير مقبول من نفسه.

ويتخذ الاتهام صيغة محددة نتيجة لطرق التفكير الجديدة التي يتبناها الفصامي والتي تحدثنا عنها في الفصل الرابع. فحين يحيل المريض شعوره بالفشل مثلا إلى الخارج يظهر ذلك ليس في صورة اتهام بأنه فاشل بل اتهام بأنه جاسوس أو قاتل. ومثل تلك الاتهامات تبدو أسوأ من الاتهام الأصلي الذي وجهه المريض لنفسه لكنها تتميز عنه بأنها من اليسير نسبتها إلى الآخرين. والمريض حين يعتقد بأنه متهم بمثل تلك الاتهامات يشعر في الوقت نفسه أنها اتهامات زائفة. وعلى ذلك، فعلى الرغم من إنها اتهامات مؤلمة إلا أنها لا تؤذي شعوره بتقدير الذات. بل على العكس، فبالمقارنة بما كان عليه المريض قبل المرض الصريح نجد أن شعوره بتقدير الذات يرتفع، وغالبا ما يصاحبه شعور بالاستشهاد.

فالمتهم الحقيقي هنا ليس المريض وإنما هو من يضطهده. وتهمته هي أنه يضطهد المريض دون وجه حق. فالخطر الذي كان من قبل داخلي المصدر حوّله المريض اشد خطر خارجي المصدر. وفي عملية التحويل تلك، ينحصر بالفعل المغزى السيكوديناميي لأكثر أنماط الفصام شيوعا، وهو النمط البارانويى فبهذه الطريقة يزول الإحساس بالذنب وقد يستعيد المريض أحيانا صور الذات المبهجة التي كان فيما مضى لا يسمح لنفسه بالاستمتاع بها، وغالبا ما يتخذ ذلك صيغة مشوهة وشاذة من الشعور بالعظمة.

خلاصة:

تعتبر الأحداث السيكولوجية في حياة المريض من بين العوامل شديدة الأهمية في حدوث الفصام، حتى وإن تطلبت تهيئة بيولوجية معينة كي يتيسر لها ذلك.

فالأوضاع الأسرية، وخبرات الطفولة والمراهقة والشباب المبكر، تكون سلسلة من الأسباب والنتائج تؤدي إلى أسلوب في الحياة يتميز بعدم الاستقرار وبأنه عرضة للتغيرات المرضية. وهو يحاول طوال حياته-المتسمة بالقابلية العالية للتغير المرضي-بناء دفاعات نفسية، أي وسائل نفسية يسعى عن طريقها إلى حماية إحساسه بهويته وبتفرد الذات. وعندما يثبت فشل تلك الدفاعات ويصبح غير قادر على قبول نفسه على الإطلاق، يلجأ لما يمكن تسميته بالدفاع الذهاني. وهنا تظهر أعراض الفصام، وتسمح له بأن يستمر في الحياة بقدر أقل من الألم.

وهكذا يمكننا اعتبار الميول النفسية الأساسية في حياة الفصامي بمثابة أسباب تتكون بدورها من عديد من أسباب ثانوية، ومعظمها مترابط فيما بينه.

الأسباب الاجتماعية النفسية الثقافية:

سنعرض لهذا النوع من الأسباب بإيجاز لأنها على الرغم من أهميتها البالغة إلا أنها محدودة الأهمية بالنسبة لأسرة المريض أو لمن هم على صلة وثيقة به. فهي نوع من العوامل يهم بالدرجة الأولى أولئك المختصين الذين يختص عملهم بمنع حدوث الفصام، لكن ما إن يحدث المرض فعلا لشخص ما، حتى يكون الوقت قد فات وسبق محاولة تغيير الظروف الاجتماعية الثقافية من أجله. وفضلا عن ذلك، فتقدير تلك العوامل يجري ببطء ويتطلب عملا على نطاق واسع يقوم به علماء الاجتماع والسياسيون والمشتغلون في المجالات التربوية ومجالات علم الوبائيات وغيرهم ممن يعنون بدراسة الجماعات الخاصة «والجماعيات». أما بالنسبة للطبيب النفسي فمن المهم أن نؤكد أن العوامل الاجتماعية الثقافية إنما تحدث تأثيرها على الفرد من خلال الفعل الوسيط للعمليات النفسية.

إذ من المعروف أن الفقر، والحرمان، والضغوط الاجتماعية، والهجرة،

والانتماء لأقلية اجتماعية، والحياة في الأحياء الفقيرة، من شأنها أن تزيد معدل حدوث المرض. وعلينا أن نترجم تلك الوقائع الإحصائية إلى لغة المعاناة الإنسانية. فعلينا مثلا أن نحدد ما إذا كان من شأن العوامل الاجتماعية أن تساعد على حدوث المرض النفسي من خلال إضعاف قدرة جماعة معينة من الناس على أن يكونوا آباء أكفاء أو أن يتلقوا رعاية أبوية مناسبة. ومن المهم أن نحدد أيضا ما إذا كانت العوامل الاجتماعية تقلل من تقدير الذات لدى الفرد فيتيسر بذلك حدوث المرض النفسي.

لقد تأكد أن هناك زيادة في معدل الفصام في المراكز الحضرية الكبيرة وبخاصة المراكز الصناعية. وأي شيء من شأنه أن يزيد المعاناة الإنسانية، ويقلل من تقدير الذات ويفقد الإنسان الأمل، يمكن أن يكون عاملا غير مباشر من عوامل المرض. والمجتمع الذي يكرس روح المنافسة بين أفراده يؤدي إلى تدني تقدير الذات لدى أولئك الذين يعتبرون أنفسهم خاصين ويجعلهم أكثر عرضة للمتاعب النفسية. بينما العدالة، وتكافؤ الفرص، وإمكان الحياة في مستوى مرّض، كل ذلك يؤدي إلى تقليل فرصة العوامل غير المواتية في أن تؤثر على الفرد.

وفيما يختص بالفصام فإننا نجد مجموعتين متناقضتين من الظروف. فالأحداث الخارجية الواقعية الشديدة الوطأة لا تسبب الفصام بل ربما تحول دون حدوثه. فقد لوحظ أثناء الحرب العالمية الثانية وفي أعقابها مباشرة أن معدل الفصام قد انخفض في بعض البلدان الأوروبية المهزومة. فالظروف التي يكون فيها الخطر واضحا، مثلما يحدث في أوقات الحروب والهزائم القومية والكوارث التي تصيب الجماعة بكاملها، لا تكون وحدها سببا في الفصام. فهي قد تسبب قلقا أو صعوبات نفسية لكنها لا تجرح بالضرورة الإحساس بالذات. وفي حالة الحرب أو الهزيمة القومية، فإن الشعور بالتضامن الاجتماعي والمصير المشترك وانعدام المسئولية الشخصية عما يحدث، قد يكون من شأنه أن يحسن صورة الذات لدى الأفراد.

خلاصة:

قد يكون من شأن العوامل الاجتماعية التي يترتب عليها إحساس بالمعاناة أن تمهد السبيل أمام حدوث الفصام من خلال الفعل الوسيط للعمليات

النفسية وبخاصة إذا كان من شأنها أن تقلل من فرصة تلقى رعاية أبوية ملائمة وأن تؤثر على تقدير الفرد لذاته، فإذا أردنا مرة أخرى أن نعرف الفصام في ضوء معرفتنا لأسبابه، فعلينا أن نقول إنه في حدود معارفنا الحالية فإن الفصام حالة ذات أسباب متعددة متشابكة-تتآزر فيها العوامل البيولوجية، والسيكولوجية، والاجتماعية الثقافية-تؤدي إلى أشكال نكوصية من الأداء النفسي والسلوكي، على النحو الذي بيناه سلفا.

٦ طرق العلاج الرئيسية

البحث عن أخصائي:

استشارة الطبيب المتخصص ضرورة ويجب أن تتم دون تباطؤ سواء أكان المرض مجرد شيء محتمل أم كان مشكوكا في وجوده أم كان واضحا لا ريب فيه. فأفراد الأسرة لا يستطيعون أداء كل ما هو مطلوب على نحو سليم أيا كان استعدادهم لبذل الوقت والجهد والرعاية لمريضهم. ولحسن الحظ فهم ليسوا وحدهم. إذ أن هناك العديد من الأخصائيين الذين بمقدورهم معالجة الموقف بكفاءة وفعالية.

وقد تكون الأسرة (أو المريض نفسه) بلا دراية بكيفية الحصول على مساعدة متخصصة أو العثور على الطبيب المتخصص في هذا النوع من الحالات. على أن الأسرة حينما تجد نفسها في حيرة من أمرها يمكنها اللجوء إلى دليل التليفون. فتبحث فيه عن الفرع المحلي للجمعية القومية للصحة العقلية أو المركز الاجتماعي للصحة العقلية وتسألهم المشورة. ويمكنهم الاتصال بالمستشفى التعليمي في المنطقة. كذلك يمكنهم الاتصال بنقابة الأطباء والحصول منها على قائمة بالأطباء النفسيين المختصين. أو حتى يمكنهم الاتصال

بالجمعية الأمريكية للطب النفسي بواشنطن للاستعلام عن الأطباء النفسيين الموجودين في نفس المنطقة التي يعيش فيها المريض.

إلا أن أفضل الطرق هو ذلك الذي يعتمد على الصلات الشخصية. فطبيب الأسرة أي الممارس العام، بإمكانه أن يدل المريض على طبيب نفسي يثق به ويعرف طرقه في العلاج. وطبيب الأسرة يمكن له أيضا أن يزود الطبيب النفسي بالمعلومات الأولية الخاصة بخلفية المريض الأسرية، وفي حالة عدم وجود طبيب الأسرة يمكن لأحد الأصدقاء أن يدله على أحد الأطباء النفسيين الذي عالج قريبا أو صديقا له من قبل.

والوضع في بريطانيا يختلف عن ذلك قليلا. فلكل فرد ممارس عام يستشيره في حالات الطوارئ. والممارس العام هنا سيقيم الموقف بأمانة ويحيل المريض إلى أحد الأطباء النفسيين بأحد المستشفيات. وعادة ما تكون هي المستشفى التي تخدم المنطقة التي يعيش فيها المريض، فإذا شعرت الأسرة أو المريض بعدم الرضى عن مستوى ذلك النوع من العلاج فلأي منهما أن يذهب إلى طبيب نفسي خاص، أو، كما في الولايات المتحدة، يمكنه أن يتصل بالجمعية العامة للصحة العقلية لطلب المشورة. وهناك أيضا قسم الطوارئ في المستشفى العام المحلي. فمعظم تلك الأقسام توجد بها عيادة طوارئ للأمراض النفسية، وفي بعض المدن الكبرى توجد بمستشفيات معينة خدمات طوارئ نفسية ليل نهار. وفيما عدا العيادات الخاصة، فكل تلك الخدمات تتبع الهيئة القومية للخدمات الصحية.

ومن المهم عند مقابلة الطبيب النفسي تأكيد ما إذا كانت حالة المريض تتطلب فحصا عاجلا أم لا، وتقديرات عامة الناس ليست دقيقة دائما، لكنها غالبا ما تعبر بأمانة عن حالة المريض. وبناء على ما يسمعه الطبيب النفسي يكون قراره بما إذا كانت حالة المريض تتطلب فحصا عاجلا أو لا. ونحن نجد أن الأطباء النفسيين هذه الأيام مشغولون للغاية لأيام أو حتى لأسابيع تالية. وهم يكرسون جزءا كبير من وقتهم لحالات لا تعتبر عاجلة، مثل تقديم مشورة أو علاج لأشخاص يودون جعل حياتهم أكثر سعادة أو لمن لديهم مشكلات زواجية أو مهنية أو دراسية. فإذا تحقق الطبيب النفسي من أن حالة المريض تتطلب فحصا عاجلا ولم يكن لديه وقت لذلك أو لم يستطع تأجيل بعض الحالات الأقل إلحاحا، فسوف يدل المريض على طبيب

آخر يعرف أن لديه وقتا.

ومن المفيد أن نعرف كيف نميز بين حالة ملحة وحالة عاجلة. فالحالة الملحة معناها حالة تنطوي على خطورة لكنها عادة لا تتطلب بالضرورة تدخلا عاجلا. إما الحالة العاجلة فهي التي تتطلب تدخلا عاجلا خلال أربع وعشرين ساعة أو أقل. والحالات العاجلة في الطب النفسي تعتبر نادرة نسبيا إذا قورنت بفروع الطب الأخرى. وسوف نتحدث عن الحالات العاجلة في الطب النفسي في الفصل العاشر.

اختيار العلاج:

أول شيء على الطبيب أن يفعله عند فحص المريض هو أن يقرر ما إذا كانت حالته تتطلب دخول المستشفى فورا أو يمكن علاجها بالعيادة. وهو يقيم الموقف بناء على حالة المريض وقت الفحص وبناء على المعلومات التي تتوفر لديه من الأهل أو الأصدقاء. وقد تلزم رؤية المريض أكثر من مرة قبل أن يتمكن الطبيب من اتخاذ مثل ذلك القرار.

وقد كان التقليد السائد منذ عشرين عاما هو أن من تظهر عليه أعراض الفصام يدخل المستشفى. لكن ذلك لم يعد قائما اليوم. إذ أصبح المريض لا يدخل المستشفى إلا إذا لم يتوفر علاج أفضل خارجها أو كان من غير الممكن عمليا إعطاؤه العلاج، أو كان تأثير العلاج لا يصل إلى درجة من التحسن تسمح بأن يتعايش المريض مع المجتمع. وسنحدد بتفصيل أكثر في الفصل السابع معايير إدخال المريض المستشفى وطرق العلاج بها.

أما في هذا الفصل فسنعرض للنوعين الرئيسيين من العلاج اللذين يمكن استخدامهما في العيادة وهما: العلاج النفسي والعلاج بالعقاقير(*). وهذان النوعان من العلاج يستخدمان أيضا وبطبيعة الحال في المستشفيات بالنسبة لغالبية المرضى. ولن نشير في هذا الفصل إلى العلاج بالصدمات الكهربائية أو بالأنسولين حيث إن هذين النوعين من العلاج أصبحا لا يستخدمان إلا في بعض الحالات النادرة التي لا تستجيب لأنواع العلاج الأخرى.

(*) في بريطانيا، لا يتوافر العلاج النفي في كل المناطق التابعة للهيئة القومية للخدمات الصحية. ففي بعض المناطق لا يوجد إطلاقا.

وعلى الرغم من أن قراء الكتاب لا يفترض فيهم أن يقوموا بعلاج الفصاميين إلا أن إلمامهم ببعض المعلومات الخاصة بأهداف العلاج وطرقها سيمكنهم من متابعة ما يحاول الطبيب أن يصل إليه ويمكنهم من بناء مناخ من الثقة والدفء والآمال الواقعية، وهو مناخ لازم للمريض.

وغالبا ما يعالج المريض بالعلاج النفسي والدوائي في الوقت نفسه. وإن كان بعضا الأطباء النفسيين يستخدمون أحد هذين النوعين من العلاج بصفة رئيسية أو يقتصرون عليه كلية. على أن مزاولة هذين النوعين من العلاج معا في وقت واحد من شأنها أن تعالج الأسس النفسية للحالة وأن تخفف من حدة الأعراض بالوسائل الكيميائية الحيوية في وقت واحد.

وحينما يتخذ الطبيب النفسي قراره العلاجي-أي علاج أو علاجات سيعطى للمريض؟-فعلى الأسرة أن تتقبل قراره وتدعه يفعل ما يراه دون تدخل من جانبها. ويجب أن يترك للطبيب أمر مباشرة العلاج الذي يراه ملائما، فيما عدا العلاج النفسي الجراحي الذي لا يوصى به إلا لحالات معينة. وبالطبع سيأتي الوقت الذي تقيم فيه نتائج العلاج.

وعلى الرغم من أن كلا العلاجين النفسي والدوائي يزاولان في وقت واحد، إلا أننا سنتناولهما كلاً على حدة.

العلاج النفسي:

على الرغم من أن هناك عديدا من أنواع العلاجات النفسية (الإقناع-التنويم-العلاج السلوكي-العلاج الجشتالتي)، إلا أن العلاج النفسي الدينامي هو الذي يستخدم غالبا في حالات الفصام:

والعلاج النفسي الدينامي الذي يستخدم في حالات الفصام يختلف في عديد من النواحي عن التحليل النفسي الفرويدي بصورته التقليدية، إذ قد لا يتطلب أربع أو خمس جلسات أسبوعيا، وإنما يتم بخطة علاجية تحدد وفقا لاحتياجات المريض، كذلك لا تلزم فيه أريكة التحليل النفسي إلا فيما ندر. وغالبا ما يجلس المريض على كرسي مواجها الطبيب الذي لا ينتظر عادة أن يبدأ المريض في الكلام تلقائيا وفقا لما يسمى بالتداعي الطليق. فالطبيب يتدخل مرارا، ويشعر المريض بالمشاركة الإيجابية.

فالتحليل النفسي الكلاسيكي الذي يهدف إلى إزالة القلق حتى يتمكن

مريض العصاب من الحركة والنمو، لا يناسب حالات الفصام. وهو ليس غير مفيد فحسب بل إنه ممنوع (ربما باستثناء بعض الحالات الخفيفة جدا أو التي قاربت الشفاء)، لأنه يضر أكثر مما ينفع.

على أننا يجب أن ننوه بأن أي نوع من أنواع العلاج النفسي الدينامي إنما هو مشتق من الأصل الفرويدي، فقد كان فرويد أول من علمنا أن المرض النفسي لا يبدأ مع ظهور الأعراض الأولى بل له تاريخ طويل قد يمضي بعيدا حتى الطفولة الباكرة للفرد.

والديناميات النفسية تعني دراسة القوى النفسية: فالأحداث التي حدثت في الحياة الباكرة، والطريقة التي فسر بها المريض تلك الأحداث، وتجمعاتها الخاصة وتتابعها الزمني، كل ذلك يشكل العوامل أو القوى النفسية التي تؤدي إلى نتائج معينة. ومن مفارقات الأمور أن فرويد-الذي فعل الكثير في سبيل فهم النفس البشرية وعلاجها-كان هو الذي حث على عدم استخدام التحليل النفسي في حالات الفصام، على الرغم من أنه صرح بأن المستقبل ربما يحمل إمكان التوصل إلى طرق يمكن بها تطويع العلاج النفسي التحليلي بحيث يصبح ملائما لاستخدامه مع الفصاميين.

وربما كان فرويد أعظم من اشتغل في مجال النفس البشرية، ورغم ذلك، فقد سمح لنفسه أيضا-مثل سائر البشر-أن يقع تحت تأثير أفكار مسبقة أو تركيبات نظرية صاغها هو نفسه. فقد اعتقد فرويد أن الفصامي لا يستطيع إقامة تلك العلاقة التي يلزم وجودها مع المعالج حتى يصبح العلاج فعالا، وذلك بسبب انسحابه من الواقع المحيط به ومن الناس خاصة. وكان أحد تلاميذ فرويد، وهو بول فيدرن Paul Federn، هو الذي أثبت خطأ وجهة نظر فرويد تلك، وقام بصورة رائدة بعلاج الفصاميين. وجاء بعده معالجون آخرون كثيرون مارسوا هذا النوع من العلاج وابتدعوا عديدا من الطرق الجديدة. ففي أمريكا نجد هاري ستاك سوليفان، Harry Stack Sullivan، وفريدا فروم رايشمان،Frieda Fromm-Reichmann وجون روزون Jhon Rosen، وهارولد سيرلز Harold Searls، وأتو ويل Otto Will، وأنا، وآخرين كثيرين شاركوا في تطوير العلاج النفسي للفصاميين، وفي إنجلترا نجد إسهامات هامة قامت بها ميلاني كلايين Melanie Klein وتلاميذها هـ. روزلفيلد H.Rosenfeld ود. و. وينيكوت D.W.Winnicot كذلك في سويسرا

قدم كل من مارجريت سيشهاي-Mar guerite Sechehaye وجيتانوبندتي Geatano Benedetti، إنجازات مفيدة.

وأول ما يقوم به المعالج النفسي مع مريض الفصام هو جمع معلومات تاريخ حياته في الحاضر والماضي كما يفعل معظم الأطباء عند أول مقابلة لمرضاهم. والمؤكد إنه من المهم للمعالج أن يعرف عن مريضه أكبر قدر من المعلومات. فهذه المعلومات التي بمقدور الأسرة والأصدقاء، والزملاء، أو الأطباء الذين عالجوه سابقا، تزويده بها، تعتبر مفيدة للغاية. على أن الهدف الذي عليه أن يبتغيه عند أول مقابلة مع المريض هو أن «يصل إليه»، أي يقيم معه رابطة شخصية عادية بقدر الإمكان. فالمريض كما ذكرنا في الفصل الثالث يكون شكاكا وبلا ثقة في الآخرين. ويعتبر أي سؤال يوجه إليه تدخلا في شئونه الخاصة، أو جزا من مؤامرة، أو محاولة لحرمانه من شيء يخصه وحده، وفي أحيان قليلة قد يعتبر الأسئلة بمثابة حيل (دبرت) له لإثبات إنه مريض، أو أنه يلزم عزله بمستشفى أمراض عقلية، أو أنه غير كفء، أو أنه يجب أن يحرم من حقوقه القانونية وتسلب منه حريته وممتلكاته. وعلى المعالج أن يحاول إقناع المريض أن دوره هو أن يساعده على فهم كثير من الأمور وخاصة تلك التي تتعلق بالمتاعب التي واجهها حديثا، أو الخبرات التي مر بها ولم يوافقه الآخرون على تفسيره لها لسبب أو آخر.

ولعله من العسير للغاية حتى بالنسبة للمعالجين ذوي الخبرة أن يحققوا المرحلة الأولى من علاج الفصام والتي تتكون أساسا من محاولة خلق جو من الثقة الأساسية أو التوقعات المبنية على الثقة المتبادلة، مثلما يحدث بين أشخاص لا يكونون مجرد غير خائفين من بعضهم البعض بل تكون لديهم إرادة مشتركة للتعاون الودي من أجل الوصول إلى أهداف مشتركة.

وقد بينا في الفصول السابقة كيف أن المريض كانت لديه صعوبة في التواصل مع الآخرين منذ بداية حياته. وكانت علاقته بالناس تعاني من اضطراب مزمن. إذ كان يتسم بحالة من اليقظة المتوجسة والاحتراس مما يجرى حوله أو بدرجة ما من التوتر. وعلى الرغم من أن مثل تلك المشاعر توجد لدى العصابيين وتوجد بصورة مخففة حتى لدى الأسوياء، إلا إنها تكون ملحوظة بشكل خاص لدى أولئك الذين سيصبحون فصاميين فيما

بعد. وقد بينا سلفا كيف أن مثل تلك المشاعر تتحول لديهم إلى شكوك، ومواقف ناشئة عن شعور بالاضطهاد، وأكثر من ذلك تتحول إلى شعور بأن ثمة تدابير عدائية توجه ضدهم يكون مصدرها في البداية الناس بعامة، ثم يصبح مصدرها فئة خاصة منهم، ثم يتحدد في نهاية الأمر في جهة معينة على وجه التخصيص.

وعلى المعالج أن يمهد الطريق أمام المريض كي يستعيد ثقته في واحد من الناس على الأقل. فعليه أن يوجد لدى المريض انطباعات بأنه-أي المعالج- استثناء من باقي البشر. بأنه ليس شخصا جديرا بعدم الثقة مثل الآخرين، بل هو شخص راغب في مشاركته مخاوفه وقلقه أيا كان،إلى أن يصبح بالنسبة للمريض شخصا قادرا على تغذيته بالمعنى النفسي، وعلى تفسير الأمور له على نحو مختلف، وأهم من كل ذلك، عليه أن يصبح شخصا يخفف من حدة قلقه ويمنحه بعض الأمل في المستقبل. وليس من الضروري لأي من أفراد الأسرة أو ممن يهمهم الأمر أن يعرفوا كيف سيحقق المعالج تلك الأهداف المتعلقة بالجزء الأول من العلاج. كل ما هو مطلوب منهم أن يكونوا صبورين وأن يكون لديهم الأمل وألا يسألوا الطبيب أسئلة لا جواب لها. فعليهم ألا يسألوه مثلا عما إذا كان قد عرف سبب حالة المريض، أو عرف الحدث المعين الذي وقع في طفولة المريض فأدى إلى تلك النهاية الفاجعة، أو عرف الأخطاء التي ارتكبها الآباء فأدت إلى ذلك، وبعبارة أخرى عليهم ألا يسألوا عما إذا كان الطبيب قد وجد المفتاح الذي يمكنه من كشف أسرار حالة المريض الخاصة.

وقد يلجأ معالج الحالات الفصامية في المرحلة الأولى إلى طرق غير مألوفة لم يجر عليها العرف. فقد يمسك بيد المريض، أو يربت على كتفه، أو يتمشى معه في الحديقة أو يلقى نظرة على كتاب معه، أو يتناول معه فنجانا من القهوة، وما إلى ذلك. فإذا سمعت الأسرة بهذه الأمور، فعليهم ألا ينزعجوا من تلك الممارسات التي تبدو خارجة عن نطاق العمل المهني وألا يتصورا أن الطبيب والمريض يضيعان وقتهما أو أنهما أصبحا على درجة عادية من الألفة أو الصداقة أو التقارب. بينما الواقع انهما يفعلان أي شيء تمليه دواعي اللحظة أو التصرف التلقائي. فهما يحاولان معرفة كل منهما الآخر، وتقبل كل منهما الآخر، ثم احترام كل منهما لشخصية

الآخر ككل، بصرف النظر عن العديد من وجهات النظر والمشاعر التي قد يختلفان حولها.

ولا يستطيع المعالج النفسي أن يتعامل مع الأعراض الأساسية للمريض إلا عندما يتحقق ذلك التفاهم الشخصي بينهما، وعندئذ فقط يسمح المريض للمعالج بأن يقترح بعض التعديلات أو يقدم تفسيرات مغايرة بشأن ما يحدث في حياة المريض.

وبعبارة أخرى، على المعالج أن يقوم خلال تلك المرحلة العلاجية المتقدمة بمعالجة ما يبدو (للجميع عدا المريض نفسه) ضربا من الخيالات والتصورات. فهذا معناه اقتحام البؤرة المركزية للفصام. إذ كيف تقنع المريض أن الأصوات التي يسمعها لا يسمعها سواه لأنها آتية من داخله؟ وكيف تقنعه بأن الأشياء التي يراها لا وجود لها لأنها تخيلات بصرية؟ وكيف تقنعه بأنه ليس هناك من يضحك عليه، أو يتحدث عنه من وراء ظهره، أو يتآمر ضده؟ فهو يشبه شخصا يحلم. والحالم يعتقد أن ما يحدث في الحلم إنما هو واقع حتى يفيق من النوم أو يصبح على وشك الإفاقة ويبدأ في إدراك أنه إنما كان يحلم. كيف يمكن إيقاظ الفصامي من الحلم الذي يعيش أحداثه وهو في حالة اليقظة؟.

دعوني أولا أوضح بعض الأمور. لقد سبق أن قلت عبارة غير دقيقة هي «أن الحلم ليس حياة حقيقية». لكن الواقع أنه حياة حقيقية. فالأحلام جزء من حياتنا. وفضلا عن ذلك، فالحلم، كما أبان فرويد على أساس علمي، على الرغم من أنه ماديا غير صحيح، إلا أن له أصل في حياة الحالم، أو له معنى يفصح عن نفسه بطريقة ملتوية، طريقة يمكن القول بأنها رمزية، مختلفة، متخفية داخل شفرة سرية. ونستطيع أن نقول نفس الشيء بالنسبة لأعراض الفصام. وقد سبقت الإشارة إلى أن كارل يونج كان أول من قال إن الفصامي يفعل في يقظته ما يفعله الحالم أثناء الحلم.

وليس من الضروري بالنسبة لأسرة المريض ولا بالنسبة للمريض نفسه أن يعرف طرق العلاج النفسي إلا في صورتها العامة. وأحد تلك الطرق الشائعة (والتي أستخدمها أنا شخصيا) هي أن نلفت نظر المريض إلى ما يفعله مع نفسه حين يفكر ويشعر على طريقته الخاصة. فإذا تعرف المريض

على الميكانزمات الخاصة التي يستخدمها، فيمكن له أن يتعلم كيف يتصدى لها وإن كان ذلك أمرا صعبا في البداية.

فهناك مثلا طريقة في العلاج ابتدعتها أنا نفسي، يمكن بها مساعدة المريض على منع حدوث الهلاوس. فإذا لم يكن المريض قد وصل في درجة شديدة من التدهور، فيمكن توجيهه إلى التعرف على أنه لا يسمع الأصوات طوال الوقت، لكنه يسمعها حينما يتوقع سماعها. فإذا تمكن من ملاحظة نفسه وهو في الحالة التي سميتها الموقف الانصاتي Listening Attitude، فسوف يكون بمقدور المعالج أن يجعله يتعرف على جميع مراحل الخبرة الهلوسية، وأن يتصدى لها. وحتى وقت قريب كان الأطباء النفسيون حتى ذوو الخبرة منهم يعتقدون إن الهلاوس لا يمكن منعها. لكن ذلك شيء ليس بمقدور الأسرة أن تقوم بدور مباشر فيه، لذلك سوف أتغاضى عن ذكر تفاصيل هذا الموضوع الهام. لكن الأسرة بمقدورها-كما سنذكر تفصيلا في فصل آخر-أن تتعلم كيف تتعرف على المظاهر التي تبدو على المريض حينما تنتابه الهلاوس أو تكون على وشك الحدوث فتعبيرات الوجه ووضع الجسم، وحالة المريض العامة، تعتبر من العلامات الدالة على ذلك. وكل ما تستطيع الأسرة أن تفعله حينئذ هو أن تشغل المريض بالحديث أو بعمل ما بحيث يصبح من الصعب عليه أن يتخذ الموقف الإنصاتي. وحدوث الهلاوس وباقي الأعراض الفصامية يمهد لنفسه بنفسه. أو بعبارة أخرى، كلما تكرر حدوثها كلما ازداد معدل حدوثها ربما بدرجة متزايدة. فسوف تصبح عادات متأصلة بحيث تحدث تلقائيا عند أقل بادرة من الشعور بالقلق.

ومن أهداف المعالج أيضا في هذه المرحلة، أن يفهم الأغراض حينما تحدث وسوف أسوق بعض الأمثلة لتوضيح كيفية التوصل إلى ذلك. وهي أمثلة مأخوذة من كتابي «تفسير الفصام».

كان أحد المرضى يتنزه في الحديقة في أمسية أحد جميل عندما حدثت فجأة أشياء غريبة فالناس الجالسون على الأرائك أخذوا يتحدثون بانفعال وينظرون إليه نظرات غريبة. وكانت تصدر عنهم بعض الغمزات التي تشير إليه بوضوح. والأطفال الذين كانوا يجرون هنا وهناك أو يلعبون في الملعب القريب منه، أخذوا يجرون بعيدا عنه. والعلم الأمريكي الذي كان يرفرف من بعيد أخذ يتدلى. كل هذا معناه أن الناس تتصور أن بالحديقة شخصا

مريعا، ربما كان شخصا منحرفا يهاجم الأطفال والناس، ولا بد أنهم يعتقدون أنه هو. والنبأ ينتشر. فأخذ المريض يجري عائدا إلى بيته في حالة اضطراب مؤلم وشديد.

مثل هذا المريض عندما يرى المعالج ويحكي له ما حدث، فعلى المعالج أن يتفهم حاجة المريض إلى بناء ذلك الحدث الخيالي. وعليه أن يسأل: ماذا حدث قبل أن يذهب للحديقة؟ وكيف كانت حالته المزاجية؟ ألم يكن يبحث عن دليل؟ ألم يكن آملا في العثور عليه، حتى يتمكن من تفسير شعوره المبهم بأن الناس تعتقد انه مخلوق مريع؟ لقد كانت لديه حاجة ملحة لأن يحول إحساسه المبهم وغير محدد المعالم بالخطر إلى خطر عياني محدد، وان يحصر شعوره غير المحدد بأنه محتقر ومهان ومتحامل عليه في حدث محدد.

ويتمثل الجزء الأكبر من العلاج النفسي في هذه المرحلة في جعل المريض يتحقق من إنه ليس كائنا سلبيا واقعا تحت سطوة الأعراض التي تبدو آتية من «اللامكان»، وإنما هو كائن قادر إلى حد كبير على التأثير فيما يحدث له.

وكثيرا ما يحدث أن نجد جزءا من الحقيقة فيما يبدو أنه تفكير لا عقلاني للمريض. فيوليت، مثلا، وهي فتاة في الخامسة والثلاثين من عمرها، كانت تعاني من حالة فصام خفيفة نسبيا سمحت لها أن تعيش حياة اجتماعية لا بأس بها وإن تحتفظ بوظيفتها على الرغم من الأغراض الكثيرة التي لديها. إذ كانت تنتابها هلاوس بين الحين والآخر، وكانت لديها بعض المعتقدات الضلالية، وكثير من الأفكار الإشارية.

تلقت فيوليت باقة من الزهور من الشركة التي تعمل بها بمناسبة عيد ميلادها ولما فتحتها وجدت زهورا جميلة صفراء اللون، لكنها بدلا من أن تسربها، أخذت تركز التفكير في اللون الأصفر. فالشائع أن اللون الأصفر يرمز للغيرة، لذلك أحست بأن اختيار زملائها لهذا اللون بالذات معناه إنهم يريدون إخبارها بأنهم يعلمون بأمر غيرتها من زوجة رئيسها في العمل. وحدث في اليوم التالي أن سمعت أحد زملائها يدندن بأغنية «زهور تكساس الصفراء»، فأحست أنه فعل ذلك عامدا تعريضا بها. ووصل بها الأمر في النهاية أن اكتسب كل ما هو أصفر اللون نفس المعنى وأصبحت تتجنبه.

حتى أنها تخلصت من ثوبين لديها لأنهما كانا ذا لون أصفر.

وكان يوجد بمقر العمل مبرد للمياه به عطب، فلا يعمل إلا إذا ضرب عليه باليد. فأخذت فيوليت تشعر حينما ترى أحدا من زملائها وبخاصة رئيسها، يضرب على المبرد أنهم إنما يعنون ضربها هي. وعندما سألتها لماذا فكرت في الأمر على ذلك النحو؟ أجابت قائلة «أنا لا أمشي. إنما أجري كالماء. لذلك فأنا استحق الضرب». ففسرت لها الأمر بأنها حينما ينتابها شعور بالقلق تلجأ إلى طريقة في التفكير تثبت بها لنفسها أنها غير جديرة بشيء، وأنها تعزو للآخرين المشاعر التي تحس بها تجاه نفسها. وقد استفادت من ذلك وأظهرت تحسنا كبير لبعض الوقت، إلا أن أعراضا مماثلة عاودتها ثانية.

فذات يوم جاءتني فيوليت غاضبة وأخبرتني بأن صديقتها لوسي زارتها في بيتها في اليوم السابق مصطحبة معها كلبها. وأضافت قائلة «أترى. أنها تظن أن بيتي هو بيت للكلاب. إنها تظنني كلبة».

وكان لدى المريضة اعتقاد أيضا بأن زملاءها عندما يستخدمون كلمة ماكينة إنما يشيرون إليها. وقالت «إنني أعمل مثل الماكينة. وأنا واثقة أنهم يعنونني بذلك». والواقع إنهم كانوا فعلا يعاملونها كما لو كانت ماكينة وليست شخصا، مستغلين فيها كفاءتها ورغبتها في القيام بأي قدر من العمل دون احتجاج، مثل الماكينة. ولا شك في أن زملاءها قد أدركوا أن قدرتها الفائقة على العمل وخضوعها إنما يرجعان إلى شيء ما غير طبيعي في شخصيتها، ورغم ذلك استغلوا حالتها تلك، وعلى ذلك، فارسال الزهور وما إلى ذلك من لفتات، إنما كانت من جانبهم تعويضا لها عن استغلالهم إياها، لكنها كانت في نفس الوقت اعترافا منهم بأن بها شيئا غير عادي، وشعورها بذلك اتخذ لديها تعبيرا رمزيا هو غيرتها من زوجة رئيسها.

فإذا أعدنا النظر في أفكار فيوليت الإشارية لوجدنا أن هناك دائما بذرة من التبصر بالحقيقة. لكن بذرة التبصر تلك ظلت مطمورة. إلا أن المعالج يستطيع استخدام هذا التبصر الجزئي لأغراض علاجية. فيشعر المريضة بأنها قادرة على رؤية بعض الحقيقة فيما يقول. لكن المريضة ليس باستطاعتها توسيع نطاق هذا التبصر ليشمل حياتها كلها بل يظل محصورا في حدود الأمر الذي تتحدث عنه. وهكذا يجب أن يغير المريض دوره

السلبي إلى دور إيجابي مثلما كان الأمر مع الهلاوس. بعبارة أخرى، علينا أن نستثمر أية بذور للحقيقة يمكن أن نعثر عليها وسط الأفكار المختلة طالما أن ذلك الجزء الضئيل من الحقيقة يكشف لنا عن درجة عالية من الفهم والحساسية من جانب المريض.

والفائدة التي يجنيها المريض من ذلك ليست مجرد نتاج لنوع من الاتفاق العقلي بين شخصين يتحاوران. فحينما تعامل المعالج مع فيوليت على النحو الذي ذكرناه شعرت بأنها أفضل كثيرا وأنها لم تعد وحدها مع أعراضها الغريبة. فهي قد شعرت بأن المعالج يشاركها حقيقة مشاعرها وأفكارها، وأن موقفه ذاك ليس إدعاء. وعقب ذلك بدأت فيوليت تتحسن، فأصبحت على درجة أكبر من الكفاءة الاجتماعية، وأصبحت قادرة على إقامة علاقات رومانتيكية حميمة ومتينة مع الجنس الآخر. وتزوجت في التاسعة والثلاثين من عمرها وأنجبت طفلا وهي في الأربعين. وطفلها يناهز من العمر حاليا حوالي اثني عشر عاما، والأسرة بكاملها تعيش في خير وسعادة.

وكما رأينا، فكثير من الأفكار الضلالية للمرضى مبني على افتقاد تقدير الذات أو على تصور أو رأي شديد التدني للمريض في نفسه. ومن الأمثلة الشائعة لذلك المريض الذي يعتقد أن الناس تضحك عليه. فهو يسمعهم فعلا يضحكون عليه. وحينما يدير رأسه وينظر إليهم يتكون لديه انطباع بأنهم يبتسمون وإنهم يستهزئون به. ومن الجائز انهم لا يبتسمون إطلاقا وأن يكون هو الذي أساء تفسير تعبيرات وجوههم. فإذا كانوا يبتسمون، فربما كانوا يفعلون ذلك لأسباب لا علاقة لها به. ومهمة المعالج أن يساعد المريض على التعرف على انه إنما يرى الناس ويسمعهم يضحكون عليه حينما يتوقع هو أن يراهم أو يسمعهم على ذلك النحو. وفي مرحلة متقدمة من العلاج يدرك المريض إنه يشعر بأن الناس يجب أن تضحك عليه لأنه مثار للضحك. فهو يسمعهم يضحكون عليه لأنه يعتقد إنهم يجب أن يضحكوا عليه. فلا يعتقده تجاه نفسه يصبح هو سبب أعراضه. ومن المؤلم بالنسبة للمريض أن يدرك أن ذلك هو واقع الحال بالنسبة إليه، وإن تلك هي فكرته عن نفسه. إلا أنه في مرحلة علاجية متقدمة، سوف يتمكن بمساعدة المعالج أن يغير تلك النظرة المدمرة تجاه نفسه.

وأحيانا يؤدي التقدير المتدني للذات إلى أعراض تنطوي على شعور

بالعظمة. فالشخص الذي يعتقد إنه المسيح أو أنه القديس بولس أو أنه آينشتين أو أنه مخترع عظيم هو شخص يحمل لا شعوريا تجاه نفسه نظرة شديدة التدني، غالبا ما تكون مفزعة. وهو يحاول إنكار ذلك بأن يعتقد إنه فوق مستوى البشر أو إنه واحد من العظماء، الأحياء أو الأموات.

وفي مرحلة علاجية أكثر تقدما، حينما تنشأ علاقة حميمة بين المريض والمعالج، يجب بذل محاولة لتفسير حياة المريض في الماضي، مع التركيز على تلك المواقف التي حدثت في طفولة المريض أو التي اتسمت بها حياته الأسرية والتي كانت مصدرا للصراع النفسي. ويجب أن تعطي أهمية كبيرة للعلاقات، وبخاصة مع الوالدين. فهناك نمط معين من المرضى، كان شائعا في الماضي وربما يعود فيصبح أكثر شيوعا في المستقبل، كان يصف والديه، في بداية العلاج، بأنهم أبرار، ملائكة، واهبين حياتهم للآخرين. والواقع أن المريض الذي يخاف من العالم والذي لا يزال يشعر بالاعتماد على والديه يجد انه في حاجة إلى أن يراهم (وبخاصة الأم) على ذلك النحو المبالغ فيه. وأي صفة سلبية فيهم يعزوها إلى مضطهديه.

إلا أن غالبية المرضى لا يرون آباءهم على ذلك النحو. فبعد المرحلة الأولية للعلاج والتي يركز فيها المريض على مضطهديه ويرى والديه على نحو محايد، يبدأ في اكتشاف أهمية فترة الطفولة وأهمية علاقته بأبيه وأمه. ويتكون لديه حينئذ موقف مغاير تجاههم. فتعود الصورة الأصلية التي تكونت لديه في طفولته عن أبويه إلى الظهور في نطاق الوعي، فيحملهما المسئولية الكاملة عن مرضه ويأسه. ويميل إلى إظهار أشد المشاعر عدائية تجاههما ويتحدث عنهما بأكثر الطرق خلوا من المودة. وكما رأينا سابقا فهناك بعض المعالجين، ظنوا أن الصفات التي نسبها أولئك المرضى إلى آبائهم كانت تعبر عن الحقيقة بالفعل.

ومن اليسير على المعالج أن يصدق ما يقوله المرضى عن آبائهم لعدة أسباب، فهناك أولا بعض الآباء تنطبق عليهم بالفعل تلك الصفات السلبية، وثانيا فالمرضى حين يتحولون من التركيز على مضطهديهم إلى التركيز على آبائهم يكونون قد قطعوا شوطا كبيرا في الطريق إلى الشفاء، وتكون المعتقدات الضلالية قد اختفت أو قلت كثيرا، بحيث يبدو أنهم موثوق بهم إلى حد كبير، فالمعتقدات الضلالية من السهل التعرف عليها لبعدها الواضح

عن الحقيقة، أما التشويهات، التي تحدث في هذه المرحلة من العلاج، فمن الصعب التعرف عليها لأنها تكون بمثابة مبالغات أو تحويرات لبعض عناصر الحقيقة.

وربما تشكل هذه الفترة من العلاج اختبارا صعبا بالنسبة لأسرة المريض أكثر منها بالنسبة للمريض نفسه. فالآن تنقلب الأدوار، فلا يعود المريض هو الذي يشعر بأنه متهم من قبل قوى متخيلة، بل يصبح الآباء أنفسهم هم الذين يشعرون بأنهم متهمون من قبل المريض. والوصية الوحيدة التي أملك تقديمها هي محاولة تحمل تلك الفترة في جلد. فآجلا أو عاجلا، وبمساعدة المعالج، سيتمكن المريض من إدراك أنه قد بالغ في أو حوّر الدور الذي لعبه أبواه فيما يتعلق بمتاعبه النفسية. وسيكون على المعالج أن يساعد المريض على التمييز بين ما كان سلبيا فعلا في أبويه وبين إضافاته الشخصية التي نشأت أولا من حساسيته الخاصة، ثم من الكيفية الخاصة التي تتابعت بها الأحداث، ثم نشأت ثالثا من حالة عدم النضج في الفهم، تلك الحالة التي كان عليها المريض حينما وقعت تلك الأحداث، ثم نشأت أخيرا بتأثير المرض نفسه.

كذلك نجد أن المريض، في غمرة انفعالاته-حديثة النشأة والمعادية لأبويه- يشن حملة ضد تصرفاتهم وأقوالهم الراهنة. وقد نجد تلك السمة لدى أشخاص غير فصاميين لكنهم ذوي ميول فصامية التي لم تصل إلى درجة الفصام. وهذا الموقف المعادي للأبوين قد يجعل مثل هؤلاء الأشخاص في غير حاجة للمعتقدات الضلالية وأحيانا نجد تلك السمة بصورة أقل بعدا عن الواقع بكثير لدى العصابين. وأحيانا يتسع نطاق الموقف المعادي للأبوين ليشمل آباء الأزواج ومن يلعبون دورا مشابها لدور الآباء.

ويستخدم المعالج عديدا من الطرق لتصحيح التشويهات والمبالغات لدى المريض على النحو الذي ذكرته في كتابي «تفسير الفصام»، لكن ذلك أمر لا يهمنا هنا. على أن ما يجب أن يقل حتى يختفي إنما هو بطبيعة الحال حاجة المريض لد التشويه، إلى اتخاذ أعراض، إلى استخدام كباش فداء، وإلى اعتبار مواطن ضعفه أو الجوانب غير المرغوبة في حياته أو في الحياة بعامة مسئولية قلة من الأفراد تتكون بداية من مضطهدين غير محددين ثم من أفراد أسرته في نهاية الأمر.

الطرح والطرح المضاد:

هناك العديد من جوانب العلاج النفسي تتجاوز نطاق هذا الكتاب إلا أنه من المفيد التنويه بها. أولها: تحليل الطرح أي تحليل شعور المريض تجاه المعالج. فهذا التحليل لا يساعد في فهم العلاقات الهامة التي نشأت بين المريض وبين والديه في طفولته فحسب، بل يساعد أيضا في فهم العلاقات التي بمقدوره أن يقيمها في الوقت الراهن. والطرح المضاد أي الشعور الذي يتكون لدى المعالج تجاه المريض، مهم أيضا ويجب أن يدرس كي يكشف لنا الشعور الذي يستثيره المريض لدى من يتعامل معهم عن قرب. وطبقا لنظرية التحليل النفسي الكلاسيكية الأصلية كما وضعها فرويد، يفترض في المعالج ألا يعبر أو يمارس أي طرح مضاد أو شعور تجاه المريض الذي يجب أن يظل بالنسبة للمحلل موضوعا محايدا. وقد تكون هذه النظرة مفيدة في علاج المرضى الذين يعانون من أنماط العصاب التي وصفها فرويد، إلا أن الأمر مختلف بالتأكيد بالنسبة لمريض الفصام.

وقد كانت جيرترود شوينج، وهي ممرضة تحليل تعمل في عيادة بول فيدرن، أول من قالت (في كتابها عن علاج مرضى الفصام) بأن المعالج عليه أن يتزود بطبع الأم وسلوكها، إذ عليه ليس فقط أن يفسر ويظهر التشوهات والمشاعر المزاحة بل عليه أيضا أن يغذي المريض نفسيا. فكما أننا لا نتصور أما جيدة تغذي طفلها كما لو كان موضوعا محايدا لا تحمل تجاهه أية مشاعر، كذلك فإننا لا نستطيع أن نتصور معالجا نفسيا ذا فعالية يظل محايدا تجاه مريضه الفصامي، إذ لن يستطيع اجتياز العقبات العديدة التي تواجهه ما لم تحفزه مشاعر قوية من الحماس والوعي بمتطلبات رسالته.

وقد عبر جون روزن John Rosen، وهو أحد رواد العلاج النفسي للفصام عن وجهة النظر تلك بصورة بليغة حينما كتب قائلا بأن الطرح المضاد في حالة علاج الفصام يجب أن يكون مماثلا للمشاعر التي يمارسها الأب الجيد تجاه طفله الشديد الاضطراب، وكتب روزن قائلا بأن المعالج يجب أن يتوحد مع حالة المريض البائسة فيظل مهموما بها ولا يهدأ له بال حتى تستقر.

وتتغير مشاعر الطرح والطرح المضاد بطبيعة الحال مع تقدم العلاج.

فتقل شيئا فشيئا هالة التقديس التي يضفيها المريض على المعالج. إذ على الرغم من أنه يظل مصدر سلطة في الأمور النفسية (وليس تسلطا)، إلا أنه يقترب شيئا فشيئا من أن يصبح ندا. إذ تنشأ بينهما درجة معينة من الألفة والمودة الحميمة التي يجب ألا يحدث خلط بينها وبين سواها من أمور، أو تعتبر تدخلا زائدا عن الحد، أو متساهلة أكثر من اللازم أو ذات إيحاءات جنسية.

والعلاج الناجح هو الذي يؤدي أولا في أن يتخلص المريض من أعراضه، ويؤدي ثانيا إلى قبول الذات. فقبول الذات بالنسبة للفصامي هو أهم مؤشرات التقدم. فقبول المريض لذاته قبولا حقيقيا هو وحده الذي يجعلنا مطمئنين إلى أنه ليس عرضة للانتكاس.

ونحن نشاهد في مسار العلاج الناجح تطور هذا الإحساس بالتقبل الحقيقي للذات (ويجب ألا نخلط بينه وبين التقبل الزائف القائم على إلقاء اللوم على الآخرين). فقد رأينا أن المريض في بداية مرضه كان غير راغب في مزيد من اتهام النفس ورفض الذات، وأنه وصل في حالة من التقبل الزائف لذاته عن طريق اتهام الآخرين-أو بأن يصبح المسيح أو آينشتين أو الملكة اليزابيث. فذلك بالطبع تقبل ذهاني للذات، يتطلب استمراره وجود ضلالات وطرق خاصة غير سوية في التفكير.

والتقبل الحقيقي للذات يستلزم أن يرى المريض نفسه بصورة مختلفة عن تلك التي كان يرى بها نفسه قبل المرض، لكن دون اللجوء إلى الضلالات. إذ أن التقبل الحقيقي للذات يعني وجود صورة مستقرة للذات مصحوبة بتقدير أكبر لها، وبآمال أكبر في الحياة والمستقبل ورؤية مختلفة للعالم، وتشمل كذلك قبول مواطن الضعف في الذات وفي البشر بعامة. ففي ظل العلاقة القائمة بين المعالج والمريض يكونان معا فريقا يتعامل مع أنماط السلوك القديمة المتصلبة، فيفتشان عنها ويكتشفانها ثم يكبحان جماحها وأخيرا، يعيدان البناء متجهين نحو سبل لم تكن معروفة من قبل. وكل ذلك يتطلب تطبيقات لها تفاصيل يضيق نطاق هذا الكتاب عن وصفها.

على أنه من الواضح أن هناك اختلافا بين المعالج النفسي وبين أي طبيب أو معالج آخر سواء في الخلفية الفلسفية الأساسية أم في الأهداف النهائية. فالطبيب يستهدف عادة الوصول إلى ما يسمى في المدارس الطبية

بإعادة الأمور إلى ما كانت عليه restitutio quo ante، أي استعادة الحالة قبل المرضية، أي الحالة التي كان عليها المريض قبل إصابته. وهي قاعدة سليمة في الطب العام. فالطبيب يهدف إلى إعادة المريض إلى الحالة التي كان عليها قبل أن يصاب بالالتهاب الرئوي أو بالتهاب الغدة النكفية أو بكسر في عظام الساق. لكن المعالج النفسي لمريض الفصام يهدف إلى ما هو أكثر من مجرد العودة إلى الحالة قبل المرضية، لأن الحالة قبل المرضية لمرضى الفصام كانت في واقع الأمر مرضية، إذ كانت تتضمن خصائص غير فصامية وقبل فصامية جعلت المريض عرضة للفصام. وقد يحدث أحيانا بطبيعة الحال أن نتواضع، فيما نهدف إليه، إذ أن كثير من مرضى الفصام لا يستجيبون للعلاج النفسي إلا جزئيا. وسوف نذكر بالتفصيل في الفصل التاسع مختلف النتائج التي توصل إليها علاج الفصام.

ومن المهم، قبل أن نختم حديثنا عن العلاج النفسي، أن نذكر أن بعض المعالجين يحبذون العلاج النفسي الجمعي. وهذا النوع من العلاج، من واقع خبرتي الخاصة، مفيد ومرغوب في كثير من حالات الفصام، لكن كعلاج مصاحب للعلاج النفسي الفردي وليس بديلا عنه.

العلاج الدوائي:

يعتقد كثير من المعالجين في الوقت الراهن بأن مرض الفصام عبارة عن اختلال في الكيمياء الحيوية للمخ. ويعتقد آخرون بأن تلك التغيرات إنها هي نتيجة للفصام وليست سببا له، تماما مثلما أن اختلال التمثيل الغذائي في مرض السكري يحدث نتيجة للمرض وليس سببا له.

وعلى أية حال لا يساورنا شك كبير في أن ثمة تغيرات في كيمياء المخ تحدث في مرض الفصام، سواء أكانت سبتا للمرض أم نتيجة له. وقد سعى كثير من الأطباء النفسيين إلى تصحيح تلك التغيرات أو الحد من تأثيرها عن طريق إعطاء أدوية معينة.

وأصبح حتى من يعطي أهمية كبيرة للعوامل النفسية في مرض الفصام (وأنا منهم)، يستعمل العلاج الدوائي في كثير من الحالات. ويكتسب العلاج الدوائي مزايا أكثر حينما يستخدم مع العلاج النفسي. فهو يوجد لدى المريض إحساسا بالمسافة بينه وبين الأعراض المرضية فيصبح أقل انشغالا

بها، وأكثر قدرة على إقامة علاقة مع المعالج، وعلى الإنصات له واستيعاب ما يقول. وفي الحالات الحادة، التي تتميز بعدم استقرار شديد، وبالهياج، وبعدم ترابط التفكير، لا يستطيع المريض أن ينصت للمعالج بل قد لا يستطيع ملاحظة وجوده أصلا. وفي مثل هذه الحالات لا يمكن إقامة علاقة مع المعالج ما لم تهدأ حالة المريض بواسطة الأدوية.

ويمكن في بعض الحالات أن تخف حدة الأعراض بحيث لا يلزم إدخال المريض المستشفى فيستمر المريض في عمله ويتردد على المعالج في عيادته لتلقي العلاج النفسي، والعلاج النفسي في هذه الحالة يجعل المريض في غير حاجة إلى جرعات كبيرة من الأدوية ما لم يكن غير مستجيب لهذا النوع من العلاج القائم على العلاقة الشخصية المتبادلة.

وفي الحالات التي لا يتوفر فيها العلاج النفسي أو يتوفر بدرجة غير كافية، يصبح العلاج الدوائي مفيدا ويؤدي في كثير من الأحيان إلى زوال الأعراض الظاهرة مثل الهلاوس، والضلالات وأفكار الإشارة. وتصبح صلة المريض بالعالم في حالة أفضل كما يصبح قادرا على رعاية نفسه وتوفير احتياجاته الشخصية. وأحيانا تتخلف بعض بقايا الأغراض، وقد تعود الأغراض نفسها للظهور عند التعرض للضغوط. ومنتقدو العلاج الدوائي يبرزون هذه النقاط قائلين بأن هذا النوع من العلاج إنما يزيل الأعراض ليس إلا، تاركا المريض بنفس الشخصية ونفس الطباع التي كان عليها من قبل. فالأدوية لا تجعله يغير الصورة التي لديه عن نفسه وعن الحياة والعالم والمستقبل. والتهيئة الوراثية تظل أيضا كما هي، أي يظل المريض عرضة لنوبات مرضية في المستقبل وتظل إمكانية حدوث المرض على نفس الدرجة التي كانت عليها من قبل. وهذا صحيح إلى حد ما، فالمريض الذي تخلص من أعراضه يمكن أن يصادف ظروفا موفقة تجعله يواجه الحياة بطرق بناءة بدرجة أكبر. وفضلا عن ذلك، علينا ألا نقلل من شأن زوال الأعراض حينما تكون تلك الأعراض معوقة للمريض، مثل الأعراض التصلبية، والهلاوس، والضلالات، واضطرابات التفكير، أو حينما يكون السلوك العام للمريض شديد الشذوذ. ومن المهم أن يعرف المريض وأن تعرف أسرته أن الأدوية يمكن، إذا توفرت للمريض ظروف ملائمة (انظر الفصل الثامن) أن تقي المريض من الانتكاسات حتى بدون علاج نفسي.

وإن كان اكتساب الوقاية من الانتكاس لا يعني أن المريض قد وصل إلى الدرجة المأمولة من النضج، أو إنه اكتسب حصانة دائمة ضد المرض.

وقد تحدث جارسيا دي أورتا Garcia de Orta وهو طبيب برتغالي في بداية القرن السادس عشر، واصفا في مذكراته تأثيرات أحد الأدوية التي ألفها طوال الثلاثين عاما التي قضاها في الشرق الأقصى. وقد كان من الممكن لملاحظاته عن تأثير مستخلص جذور النبات المسمى بالروالفيا سربنتينا-Touwolfia ser pentina أن يطويها النسيان لولا أن الطبيب الفرنسي Charles de L,Escluse والمعروف أيضا بالاسم اللاتيني Caro lus Clusius نشر تلك الملاحظات في كتاب طبع عام 1567. ونبات الروالفيا اكتسب اسمه من ليونارد روالف-Leo nard Rauwolf الطبيب وعالم النبات الألماني الذي جاب أنحاء العالم لدراسة النباتات الطبية.

وفي عام 1952 استطاع الكيميائيون السويسريون استخراج مادة من جذور الروالفيا سميت رزربينReserpine. وقد وجد أن لهذه المادة تأثيرا مفيدا على مرضى الفصام وخلال نفس العام استطاع كاربنتيهCharpentier في فرنسا تصنيع مركب الكلور برومازين Chlor promazine الذي ثبت أنه أكثر فعالية من مادة الرزربين.

والكلور برمازين هو من مشتقات الفينو ثيازين. ونواة الفينو ثيازين تم تخليقها عام 1876 مع ظهور الميثيلين بلو وهو أحد الصبغات الإنيلينية. وقبل أن أصبح طبيبا نفسيا متفرغا قمت بدراسات في علم باثولوجيا الجهاز العصبي، أي أنني أجريت أبحاثا على المخ البشري، مجهرية وفوق مجهرية (عادية). وفي ذلك الوقت كانت الطريقة الرئيسية لتلوين خلايا الجهاز العصبي هي طريقة نيسل Nissl، والتي كانت يستخدم فيها صبغات الميثيلين وبخاصة الثيونين والتولويدين. ولم يخطر ببالي قط أن مادة كيميائية مشابهة لتلك المواد التي تستخدم في صبغ خلايا المخ الميتة يمكن أن تصبح ذات فائدة للمرضى العقليين. إلا أن بول إيرلش PauEhrlich العظيم والحائز على جائزة نوبل الذي صاغ نظرية خصوصية التفاعل المتبادل بين الدواء والنسيج العضوي، أشار منذ تسعينيات القرن الماضي إلى أن الميثيلين بلو يمكن استخدامه في علاج المرضى العقليين.

ومعرفة التركيبات الكيميائية المختلفة للأدوية التي تستخدم في الفصام،

ليست ضرورية بالنسبة للقارئ، إلا أني أقول، لأولئك الذين لديهم إلمام بالكيمياء الحيوية إن الفينو ثبازين يحتوي على نواة ثلاثية الدوائر تتكون من حلقتين بنزينيتين ترتبطان من خلال حلقة مركزية تحتوي على ذرة كبريت وذرة نيتروجين. وتتصل بذرة النيتروجين سلسلة كربونية جانبية، تتكون من إمين amine ثلاثي أو من مركب مكافئ له. كذلك ليس من الضروري للقارئ أن يعرف التركيب الكيميائي لمختلف الأدوية التي تستخدم في علاج الفصام. لكني سأذكر هنا للمهتمين من القراء بعض المركبات الشائع استخدامها وأسماءها (بين قوسين) التي تظهر بها في السوق. ثيورازين (ميللريل)، فلوفينازين (برولكسين)، بيرفينازين (ترابلافون)، تراي فلو بيرازين (ستيلازمن)، كلور بروثيكسين (تاركتان) ثيوثيكسين (نافين)، لوكسابين (لوكسيتان)، هالو بيريدول (هالدول)، موليندون (موبان).

وتتعدد الاستجابات لتلك الأدوية إلى حد كبير. لذلك فإن الجرعة اليومية أو الجرعة المفردة يجب أن يحددها الطبيب بنفسه لكل مريض بعينه. وحينما يتم تعاطي الدواء عن طريق الفم، يظهر تأثيره خلال نصف ساعة إلى ساعة. وأحد الميزات العظمى لتلك الأدوية إنها ليست مسببة للإدمان وبذلك تتميز على أدوية مثل الباربيتيورات، والكلورال هيدرات والأمفيتامين. وبالنسبة للمرضى الميالين للنسيان أو غير المهتمين بأخذ الجرعات المحددة في المواعيد المحددة، يمكنهم تعاطي جرعة قوية من الفلوفينازين (برولكسين) بالحقن في العضل. ويستمر تأثير الجرعة في الحالات المستقرة لمدة تصل إلى أربعة أسابيع.

وخلافا للعلاج بجرعات هائلة من الفيتامينات والمسمى بالميجافيتامين أو الاورفو موليكيولر والذي تبين من خبرتي الشخصية وخبرة كثيرين آخرين أنه بلا أثر على الإطلاق، فإن العقاقير المضادة للذهان مثل التي سبق ذكرها لها تأثير محدد. فهي قادرة على إزالة الأغراض أو تخفيضها في معظم الحالات. ويجب أن يستمر تعاطي الدواء بعد زوال الأعراض لمدة لا تقل عن ستة شهور، بجرعات متناقصة. ويجب أن يترك للطبيب أن يحدد من خلال محاولاته متى يقلل الجرعة أو يوقفها كلية. ومن الأفضل أن يستمر المريض في العلاج حتى يقتنع الطبيب النفسي بأن خطر الانتكاس لم يعد قائما إلى حد بعيد.

وليس معروفا بعد الكيفية التي تعمل من خلالها الأدوية المضادة للذهان. فلدينا قليل من المؤشرات، لكن لم يتم التنسيق بينها بصورة كافية، وتفسيراتها مازالت موضع جدل. وخلافا لمركبات الباريبتورات التي تعمل من خلال القشرة الدماغية والمراكز العصبية للتنفس الكائنة في جرع المخ medulla، نجد أن مركبات الفينوثبازين وباقي الأدوية المضادة للذهان تعمل أساسا من خلال أجزاء المخ الكائنة تحت القشرة الدماغية مثل التكوين الشبكي، والهيبوثالاماس، والراينسفالون، والعقد العصبية القاعدية، ومن خلال تأثيرها على تلك الأجزاء تؤدي الأدوية المضادة للذهان إلى تقليل تنبه الجهاز العصبي المركزي دون كبير أثر على وظائف القشرة الدماغية وبالتالي لا تؤثر عمليا على الوظائف العليا (المعرفية) للعقل. كذلك تؤدي تلك الأدوية إلى الحد من المثيرات الداخلة للجهاز العصبي التي تتزايد كثيرا أو لا ويستطيع المريض التحكم فيها في الحالات الذهانية الحادة. ويبدو أن تلك الأدوية تقلل أيضا من نشاط الجهاز العصبي السمبتاوي.

وهناك خاصية أخرى للأدوية المضادة للذهان هي أنها تتميز نسبيا بالأمان. فمن المستحيل عمليا أن تنجح محاولة الانتحار عن طريق تعاطي كميات كبيرة منها. إلا أننا لا يجب أن نعتبرها بلا ضرر. كذلك يجب أن نعرف أن الآثار الناجمة عن استخدامها لمدة طويلة لم تعرف بالكامل. وعادة ما يطلب الطبيب إجراء عد دم بصفة دورية، لأنه في قليل من الأحيان يحدث أن تؤثر تلك الأدوية على تركيب الدم. كذلك، قد يتأثر الكبد أو غيره من أعضاء الجسم.

وهناك نوعان من الآثار الجانبية يحدثان كثير ويجب أن نتنبه لهما دائما. أحدهما يتكون من أعراض تسمى إكسترا بيراميدال. حيث تحدث تصلبا في وجه المريض وفي وضع جسمه، وفي طريقته في المشي. كما يفقد المريض قدرته على الحركة التلقائية للذراعين والساقين، كذلك قد تدور عيناه إلى أعلى وقد يعاني من ارتعاشات. وهذا النوع من الآثار الجانبية يمكن علاجه بأدوية مثل بنزتروبين (كوجنتين)، و بروسيكليدين (كيمادرين) وتراي هكسيفنيدايل (ارتان).

أما النوع الآخر من الآثار الجانبية والذي يسمى tardive dyskinesia, فيحدث في قلة من المرضى الذين يتعاطون مضادات الذهان لفترة طويلة.

ويتكون من حركات لا إرادية للشفاه، واللسان، والوجه، وبعض أجزاء الجسم الأخرى. وعلاج هذه الأعراض أكثر صعوبة من علاج أعراض النوع الأول.

وكل هذه الآثار الجانبية تذكرنا بأن العلاج الدوائي يجب ألا يعطي دون تمييز بل يعطى بحرص وبنية إنهاء العلاج في أسرع وقت ممكن.

7 العلاج بالمستشفى

دخول المستشفى: المزايا والعيوب:

يظل العلاج بالمستشفى، على الرغم من التغيرات العديدة التي حدثت في تقييمه وممارسته، يلعب دورا هاما للغاية في علاج مرض الفصام. وثمة تاريخ طويل للعلاج «الطبنفسي» الحديث بالمستشفى، لا نملك هنا إلا أن نلقى عليه نظرة عابرة.

أقيمت المستشفيات النفسية الأمريكية في بداية القرن التاسع عشر، على غرار المستشفيات الفرنسية، لتقدم نوعا من العلاج يسمى العلاج الأخلاقي. فقد كانت العوامل النفسية المؤدية للمرض العقلي تسمى في ذلك الوقت أسبابا أخلاقية.

وكان العلاج الأخلاقي عبارة عن رعاية إنسانية- للمريض داخل المستشفى. وكان الهدف من ذلك جعل المريض يشعر بالراحة، واستثارة اهتماماته، وتشجيعه على إقامة علاقات صداقة مع الآخرين وعلى مناقشة متاعبه. وكانت الأنشطة داخل المستشفى تسير وفقا لنظام مرسوم ذي هدف. وكان المعالج الأخلاقي يتعامل مع مريضه وكأنه خال من أي مرض، متوقعا منه أن يسلك بصورة سوية، كذلك كان حريصا على كرامته(*).

(*) لمزيد من التفصيل والدقة حول العلاج الأخلاقي راجع:

J.S.Bockhoven. Moral Teatment in American Psychiatry(N.Y. Springer 1963)

والعلاج الأخلاقي مشابه للمحاولات التي تجري حاليا لتطوير العلاج بالمستشفيات النفسية. وقد تلاشى العلاج الأخلاقي، لسوء الحظ، في أعقاب الحرب الأهلية. وقد كانت المستشفيات الحكومية الكبيرة قائمة على أساس إبعاد المرضى العقليين عن المساوئ التي يتعرضون لها في مختلف أنحاء الوطن، لكنها سرعان ما ازدحمت بالمرضى لدرجة كبيرة، واكتسبت هي نفسها سمات غير مرضية. وحتى بداية الأربعينيات ظلت المستشفيات الحكومية تقوم بوظيفة حجز المريض وحمايته أكثر مما تعالجه. وكان الاهتمام بعزل المريض عن المجتمع أكبر من الاهتمام بتأهيله للعودة إليه، حيث كان مجتمع ذلك الوقت تساوره مخاوف لا مبرر لها من أي صورة من صور الشذوذ أو الانحراف، ويرجع السبب في تلك السمات السلبية إلى حد كبير إلى حقيقة أن الطب النفسي لم يكن لديه الكثير ليقدمه للمريض، لكنه يرجع أيضا إلى الضغط الحكومي على مديري تلك المستشفيات للحد قدر الإمكان من الإنفاق من أموال دافعي الضرائب.

لكن الوضع تغير تماما الآن. فقد أصبحت المستشفيات النفسية، خاصة كانت أم حكومية، مجهزة بصورة أفضل كثيرا، وإن كانت ما تزال في حاجة إلى تحسينات كثيرة. وهناك الكثير من الأطباء النفسيين وكذلك المرضى، لا يقبلون الاستفادة بإمكانيات المستشفيات النفسية ما لم تحتم الضرورة القصوى ذلك. ويعود هذا الموقف جزئيا إلى المشاعر المتبقية تجاه ما كانت عليه بعض تلك المستشفيات في الماضي، إلا أنه يعود أيضا إلى حقيقة أنه حتى أرقى مستشفيات العالم النفسية تضع بعض القيود على حرية الفرد.

ويعتقد معظم الأطباء النفسيين أن مثل هذه القيود لا يجب أن تفرض إلا للضرورة القصوى. ويعتقد البعض، وإن كانوا قلة ضئيلة، أن المريض لا يجب أن يدخل المستشفى قسرا على الإطلاق، حتى لو بدا ذلك ضروريا لشفائه. إذ يجب أن يوافق المريض على ذلك بكامل إرادته. لكن المسألة هي أن بعض مرضى الفصام (وهم قلة لحسن الحظ) يشتد بهم المرض إلى درجة أنهم لا يدركون أنهم في حاجة لدخول المستشفى. وقد تعلم معظم الأطباء النفسيون من خبرتهم الإكلينكية أن المريض بمجرد أن يشفى أو تتحسن حالته إلى حد معقول، يشعر بالامتنان لإدخاله المستشفى حيث عولج وتمت حمايته من نزعاته التدميرية. وعلى العكس من ذلك يشعر

بالاستياء إذا لم يتخذ الآخرون الإجراءات اللازمة لحماية حياته، وصحته الجسدية ولاستعادة توازنه العقلي، حتى لو كان ذلك بدافع من احترامهم لإرادته. وبطبيعة الحال فإنه يجب قدر الإمكان بذل الجهود لإقناع المريض بدخول المستشفى طواعية.

وكما أشرت سابقا، فقد أصبح الأطباء النفسيون أقل إقبالا بكثير على إدخال مرضاهم المستشفى بالمقارنة بما كان عليه الحال في الماضي. فحتى عشرين عاما مضت، كان مجرد ظهور بوادر أعراض فصامية كافيا للإسراع بإدخال المريض المستشفى، بينما أصبح الآن وجود أعراض فصامية لا يعتبر في ذاته داعيا لدخول المستشفى. فقبل التوصية بدخول المستشفى يجب أن تبحث البدائل الأخرى الممكنة. هل يمكن علاج المريض بمكتب الطبيب أو بعيادته الخاصة؟ هل هناك إمكانيات مواتيه أخرى لدى أسرة المريض أو المجتمع؟

والإقامة بالمستشفى تلبي احتياجات عديدة. سوف نذكر منها أولا ثلاثة احتياجات رئيسية هي: حماية المريض ورعايته، ملاحظته وتشخيص حالته، وعلاجه. وسنذكر الاحتياجات الأخرى لاحقا في هذا الفصل.

فبعض المرضى يحتاجون لحمايتهم من تفكيرهم وسلوكهم، ووضعهم تحت نوع من المراقبة العطوفة. إذ يمكن أن يتسببوا في الضرر لأنفسهم أو للآخرين، فإذا هم لم يستطيعوا التحكم في أنفسهم أو تصرفوا وفقا لما تمليه عليهم الهلاوس الصوتية أو الضلالات، فإنهم يفقدون القدرة على التمييز بين الصواب والخطأ في السلوك، الأمر الذي قد يؤدي إلى عواقب وخيمة. ولكن عدد هؤلاء المرضى قد قل كثير بفضل العلاج الدوائي والعلاج النفسي (في الوقت المناسب).

ويحتاج عدد كبير من المرضى لدخول المستشفى لأنهم في حالة تشوش ذهني ونكوص وغير قادرين على تلبية احتياجاتهم الشخصية الأساسية. فالمريض الذي يرفض الطعام أو الشراب لمدة تزيد عن ثلاثين ساعة يجب إدخاله المستشفى سواء أكان تشخيصه فصاما أم فقدان شهية عصبي anorexia أم مزيجا منهما.

وهناك دواع أخرى لإدخال المريض المستشفى (لا تحظى بالإجماع) هي رفض المريض تعاطي العلاج أو خوفه من أن يجيء سلوكه الشاذ إلى سمعته

وخاصة إذا كان يعيش في مدينة صغيرة.

وفي بعض الأحيان يكون التشخيص صعبا. فقد يبدو أن المريض يعاني من الفصام بينما هو يعاني من تأثير تعاطي مواد مثل الميسكالين، أو الحشيش، أو الماريجوانا أو إل. إس. دي.، أو الأمفيتامين. أو الكحول، أو غيرها. وأحيانا يكون هناك شك في أن المريض يعاني من حالة غير نمطية أو غير مشخصة مثل وجود ورم بالمخ، أو استسقاء بالرأس، أو غير ذلك من الأمراض العصبية العضوية. وهذه الحالات يلزم لها إجراء فحوص خاصة وملاحظة دقيقة لا تتوفر إلا في المستشفى. والدواعي الأخرى لدخول المستشفى هي:

١- إبعاد المريض عن بيئته الاجتماعية التي تسببت في صراعه النفسي وعملت على إدامته، أو التي تتسم بسوء الفهم وتفكك العلاقات وتغلب عليها المشاعر العدائية والرفض.

2- تخفيف العبء عن أسرة المريض التي لم تعد قادرة على تحمل حالة التوتر والاضطراب التي يسببها المريض. ومثل هذا الوضع يبلغ حده الأقصى عندما يكون لدى الأسرة أطفال في حاجة إلى رعاية أو أم حامل أو شخص مسن. وأحيانا تعجز الأسرة عن الإنفاق على المريض لقصور مواردها.

3- حينما يكون المريض قد اجتاز نوبة ذهانية سابقة ثم ظهرت عليه دلالات عدم التكيف وعدم قدرة على التحمل وبدا أنه في مسيس الحاجة إلى وسط اجتماعي مطالبه أقل.

4- حينما يكون المريض في حاجة إلى الجماعة العلاجية، وسنتحدث عنها لاحقا. فقد يكون المريض بحاجة إلى علاج جماعي أو إلى أن يحيا ويعمل داخل وسط اجتماعي خاص أكثر من حاجته إلى العلاج النفسي الفردي، أو يحتاج إليهما معا.

5- حينما يشعر المريض بضيق عام ويحتاج للشعور بالأمان داخل المستشفى. وفي معظم هذه الحالات تكون العملية المرضية قد بدأت تحدث بالفعل، فينتاب المريض شعور بالتفكك وشعور غامض أو صريح بأنه مضطهد، فيطلب دخول المستشفى كملاذ وحماية. وقد يؤدي ذلك في حالات معينة، إلى منع تفاقم المرض.

6- علاج المريض بجرعات عالية من دواء يحتمل أن يؤدي إلى تسمم.

ففي بعض الحالات يكون العلاج الدوائي على درجة من التعقيد بحيث لا يمكن إعطاؤه خارج المستشفى. إذ يستلزم ذلك وضع المريض تحت الملاحظة الدقيقة لفترة معينة. وفي الحالات النادرة التي تتطلب علاجا بالصدمات الكهربائية قد تلزم إقامة المريض بالمستشفى إلى أن تنتهي فترة النسيان والتوهان التي تصاحب ذلك النوع من العلاج.

7- لمساعدة المريض الذي يعيش وحيدا ولا يوجد من يساعده، والذي يكون منطويا أو شاكا ومرتابا، أو متجمد الشعور لدرجة تحول بينه وبين طلب المساعدة.

ودواعي عدم دخول المستشفى هي:

1- حينما تكون الأعراض ليست شديدة. وعلينا أن نتذكر أن وجود أعراض مثل الهلاوس، والضلالات، وأفكار الإشارة، وغرابة السلوك، ليس في ذاته سببا كافيا لدخول المستشفى ولا تصبح تلك الأعراض داعيا لدخول المستشفى إلا إذا أدت للحالات التي ذكرناها آنفا.

2- حينما يؤدي العلاج النفسي أو الدوائي أو كلاهما إلى تقليل الأعراض لدرجة تجعل المريض في غير حاجة لدخول المستشفى.

3- إذا كان المرجح أن تسؤ حالة المريض إذا حرم من علاقاته الاجتماعية.

4- إذا كان من الممكن للمريض مواصلة عمله الذي يتكسب منه في نفس الوقت الذي يتلقى فيه علاجا بمكتب الطبيب أو عيادته. فانقطاع المريض عن عمله يشعره بالهزيمة، ولا يجب الإقدام عليه ما لم يكن لا بد منه.

5- إذا كانت حالة المريض تسمح بعلاجه خارج المستشفى وكان راغبا في ذلك.

6- إذا كانت ظروف المريض الاجتماعية على الرغم من أنها غير مواتية إلا أن بالإمكان تغييرها ببعض الجهد من جانب الأسرة، أو المريض، أو المعالج، أو الأخصائي الاجتماعي. إذ يمكن في هذه الحالة جعلها أقل أعباء وأخف وطأة على المريض.

- وأحيانا يكون من الصعب، حتى على الطبيب النفسي ذي الخبرة، أن يقيّم كل العوامل الخاصة بإدخال المريض المستشفى في وقت قصير نسبيا، وأن يصل إلى قرار عاجل. ففي الحالات الصريحة-أي حين-يكون المرض

حادا أو يكون المريض عنيفا أو عدوانيا؛ تكون دواعي الدخول بينه. لكن بعض الحالات لا يكون الأمر فيها واضحا. إذ قد تتغير العوامل المحددة لدخول المستشفى خلال وقت قصير. كذلك قد توجد عوامل أخرى تحول بين الطبيب وبين اتخاذ قرار عاجل. فمثلا قد تكون لدى المريض أفكار اضطهادية بارانوية، ومثل هذه الأفكار لا تشكل خطرا على المريض أو على الغير إلا بدرجة ضئيلة للغاية، إلا أن المعالج قد يرفض تحمل أية مخاطرة مهما كانت بعيدة الاحتمال. واحتمالات الخطأ لا مفر منها لأن كل جانب من جوانب المشكلة إنما يقيّم بصورة تقريبية وطبقا لمعايير ذاتية غالبا. وعلى المجتمع بعامة والأسرة بخاصة أن تتقبل ضرورة وجود احتمال للخطأ.

وعلى الرغم من أن العلاج بالمستشفى يفيد في كثير من الحالات، إلا أنه لا يؤدي وحده إلى الشفاء من مرض الفصام. إذ يجب أن يدعم بطرق خاصة أخرى من العلاج. وغالبا ما يجد الطبيب النفسي أن عليه-حتى عندما تكون ضرورة دخول المستشفى واضحة-أن يسعى للتغلب على اعتراض أفراد أسرة المريض الذين يجتمعون ضد فكرة «مستشفى الأمراض العقلية». وهي فكرة مترسبة مما كان عليه الحال في الماضي البعيد، كما سبق أن ذكرنا. وفي هذا الحالة يجب أن يوضح للأسرة أن اتخاذ قرارات حول ما يجب عمله اليوم لا يصح أن ينبنى على معلومات تتعلق بما كان عليه الحال في الماضي.

أنواع المستشفيات ودواعي دخولها:

عادة ما يطرح الطبيب النفسي على أسرة المريض ويفضّل على المريض نفسه ثلاثة اختيارات: 1- القسم النفسي بمستشفى عام 2- مستشفى خاص 3- مستشفى حكومي.

ما لم تكن موارد الأسرة كافية لتغطية تكاليف علاج طويل المدى في مستشفى خاص جيد المستوى، فالاختيار الأفضل هو المستشفى العام. والواقع أن عدد المرضى الذين يدخلون تلك المستشفيات للمرة الأولى يفوق حاليا عدد المرضى الذين يدخلون المستشفيات النفسية الحكومية. فالمريض عادة أقل رفضا لدخول مستشفى عام لا يرتبط اسمها بالأمراض العقلية. وفضلا عن ذلك فطبيعة الأقسام النفسية بالمستشفيات العامة لا تسمح

بإقامة المريض إلا لبضعة أسابيع، وعادة لا تتجاوز ثلاثة شهور. وتتركز جميع الجهود من أجل تهيئة المريض للعودة لأسرته ولعمله وللمجتمع في أسرع وقت ممكن، وعلاج المستشفى قصير المدى يهدف أساسا إلى مساعدة المريض حين يمر بأزمة حياتية طارئة. والأهداف ذات الأولوية هي تخفيف الشعور بعدم الأمان، والقلق، والتشوش الذهني. والعلاج النفسي الذي يستخدم في هذه الحالة هو ذلك النوع الذي يتركز حول المشكلة المطروحة فهو لا يسبر أغوار الماضي، ولا يسعى لإحداث تغييرات أساسية في شخصية المريض.

وأفضل المستشفيات العامة هي تلك الملحقة بكليات الطب، لكن لهذه القاعدة استثناءات عديدة. فغالبا ما تشكو أسرة المريض من أن الأطباء الذين يباشرون العلاج هم أطباء مقيمون صغار السن لدرجة لا تسمح لهم بفهم تعقيدات النفس الإنسانية المضطربة. وهذا صحيح إلى حد ما. إلا أنه حينما تكون الحاجة المباشرة هي تهيئة المريض للعودة للمجتمع ثانية، دون ضرورة استكشاف أعماقه النفسية، فالمستشفى العام مؤهل لذلك. ويمكن استكمال باقي أنواع العلاج الأخرى خارج المستشفى. وحتى أثناء وجود المريض بمستشفى عام يقوم أطباء آخرون-وهم الأطباء النفسيون الذين يشرفون على عمل الأطباء المقيمين-بتأكيد أو استبعاد الفصام ومناقشة العلاج الدوائي. ويختزل العلاج النفسي في الحد الأدنى. وتقوم الممرضات والمساعدات بعمل مهم جدا هو خلق جو الطمأنينة والحماية وهو ما يحتاج إليه المريض كي يتمكن من اجتياز أزمته.

أما العلاج بالمستشفيات النفسية الخاصة فهو وإن كان أقل تكلفة من المستشفى العام بالنسبة لليوم الواحد إلا إنه يصبح أكثر تكلفة بكثير بسبب طول الإقامة. فالهدف الذي تسعى إليه المستشفى الخاصة ليس مجرد تهيئة المريض لمواجهة المجتمع بل أيضا فهم متاعبه النفسية ومحاولة إيجاد نوع من التكامل في تكوينه النفسي. وعلى الرغم من أن هناك بعض المستشفيات الخاصة تتبع نفس السياسة العامة للمستشفيات العامة وتعمل على اختزال مدة الإقامة قدر الإمكان، إلا أننا سنقصر الحديث هنا على تلك المستشفيات التي لا تتبع مثل تلك السياسة، وقلة من تلك المستشفيات تهدف أساسا لتحقيق الربح وهي لذلك غير مرغوبة. ومعظم المستشفيات

يتراوح مستواها بين مقبول وجيد، وبعضها ممتاز. ويفضل من بينها تلك التي تتخصص في علاج مرضى الفصام من الراشدين أو ممن في سن المراهقة، ولا تقبل المرضى من الأطفال، أو كبار السن، أو مدمني العقاقير أو الكحول.

وبينما تهدف المستشفى العام أساسا إلى إزالة أعراض الفشل التكيفي الحاد (مثل رفض الأكل أو إهمال رعاية المريض لنفسه، أو التبول والتبرز اللاإرادي، أو الصراخ) نجد أن أفراد الهيئة الطبية بالمستشفى الخاص قد تعلموا احتمال مثل تلك الأعراض النكوصية.

وتصبح الإقامة طويلة المدى بالمستشفى مطلوبة حينما نشعر أن المريض في حاجة إلى وسط اجتماعي مستقر حتى يتهيأ له التخلص من أعراضه واكتساب شعور بالاعتماد على الذات. ويحدث ذلك عندما نجد أن العلاج قصير المدى بالمستشفى لم يحقق النتائج المطلوبة، أو لم يحدث تحسنا أو أحدث بعض التحسن لكن ببطء، أو حينما يكون المريض قد سبق له أن تلقى علاجا قصير المدى بالمستشفى لكنه فشل. وفي هذه الحالة يصبح الهدف الرئيسي هو إحداث تغيير أساسي في الطريقة التي يتعامل بها المريض مع نفسه، ومع الحياة، ومع العالم، وتسعى هيئة المستشفى في منح المريض الوقت اللازم لتحقيق ذلك الهدف. وفي بعض المستشفيات الخاصة، تواجه أعراض النكوص الحادة بسرعة، لكن يظل الهدف العلاجي طويل المدى محور الاهتمام. وهي تستخدم العلاج الدوائي مصحوبا ببعض أنواع العلاج النفسي.

وإذا لم تكن موارد الأسرة تكفي لتغطية تكاليف العلاج طويل المدى بمستشفى خاص، فيمكنها إدخال المريض مستشفى حكومي. وبعض تلك المستشفيات تحسن مستواها بدرجة كبيرة وبخاصة في علاج مرضى الفصام. فأصبحت أقل ازدحاما بكثير مما كانت عليه من قبل، حيث أدى استخدام العلاج الدوائي إلى إمكان إخراج الكثير من المرضى. كذلك لم يعد كثير منها يقبل دخول الحالات العضوية (مثل الأفراد التي تصيب المخ في الشيخوخة، ومثل تصلب شرايين المخ والأمراض العصبية العضوية الأخرى).

فقبل عام 1955 كان متوسط مدة الإقامة بالمستشفى الحكومي ستة

شهور، أما في الوقت الراهن فقد هبط ذلك المتوسط إلى أربعين يوما (على الرغم طبعا من أن عددا معينا من المرضى المزمنين يقيمون لسنوات، وبعضهم يقيم مدى الحياة). وعلى الرغم من أن عدد المرضى المقيمين بالمستشفى الحكومي قد نقص، إلا أن عدد حالات الدخول قد زاد تقريبا إلى ضعف ما كان عليه عام 1955. ولم يعد ثمة وجود على الإطلاق لعنابر تضم أولئك المرضى الذين يبولون على أنفسهم، أو يسيرون عرايا، أو يعتدون على الآخرين أو لا يكفون عن الصياح. ويعود الفضل في ذلك في العلاج الدوائي.

وعلى الرغم من تلك التحسينات إلا أنه يظل هناك الكثير مما يجب عمله. فنتيجة لضعف الميزانية المرصودة لتلك المستشفيات ونتيجة أيضا لقلة عدد الأطباء الذين يتجهون للتخصص في الطب النفسي (فضلا عن أولئك الذين لا يفضلون العمل في مستشفى حكومي)، أصبحت المستشفيات الحكومية تعاني دائما من نقص في أفراد الهيئة الطبية، ويفضل فيها العلاج الدوائي على العلاج النفسي، كما أن النصيب الأعظم من العمل يتحكم فيه معاونو الخدمة. فحتى أفراد هيئة التمريض لا يتوافر عددهم بالدرجة الكافية.

ومن الشكاوى التي تتردد كثير أن غالبية أطباء المستشفيات الحكومية أجانب وهم بسبب الصعوبات اللغوية، لا يستطيعون التواصل مع المرضى على الوجه الأكمل. والاشتغال بالطب النفسي يتطلب خبرة أكبر بلغة الحديث منها في فروع الطب الأخرى، ويمكن أن تنطوي تلك الادعاءات على شيء من الصدق، إلا أن ثمة عوامل أخرى يجب وضعها في الاعتبار. فهناك ميزة بالتأكيد في المعرفة العميقة باللغة السائدة، بتعبيراتها العامية الشائعة، وبالإشارات العابرة التي ترد أثناء الحديث إلى تعبيرات ترددت خلال مرحلة الدراسة الأولية، أو مرحلة الطفولة أو الحضانة. إلا أنه لوحظ، من ناحية أخرى، أن الأجنبي لكونه أجنبيا بالتحديد يستطيع بصورة أفضل أن يفهم الفصامي الذي يشعر أنه مثل الأجنبي غريب في مجتمعه. ويلاحظ أن الكلمة اللاتينية alienus والتي اشتقت منها الكلمة الإنجليزية alien تعني أجنبي. ولم يكن مجرد صدفة أن تطلق كلمة، alienist المشتقة أيضا من الأصل اللاتيني، على الطبيب النفسي في وقت ما في الماضي. وقد لوحظ أثناء انعقاد الجماعات العلاجية الأولى في إنجلترا منذ عدة أعوام، أن

الأجانب القادمين من الدول الاسكندنافية كانوا أكثر قدرة على التواصل مع المرضى من نظرائهم الإنجليز. كذلك نجد أن امتلاك الأطباء النفسيين الأجانب القدرة على مقارنة تأثير ثقافتين مختلفتين على النفس البشرية، يمنحهم فرصا نادرة لفهم أفضل في بعض الحالات الخاصة.

ومعظم الملاحظات السابقة تنطبق أيضا على الأوضاع في إنجلترا. فالمستشفيات النفسية الخاصة تقوم بدور محدود في مجال الطب النفسي، إذ أن عددها في الوقت الراهن قليل. وعلى الرغم من أن كثير من المستشفيات العامة بها أقسام نفسية، إلا أنه مازال يوجد عدد كبير من المستشفيات العقلية التي لا تعالج إلا المرضى النفسيين. وتتفاوت الأحوال تفاوتا كبيرا بين مستشفى وأخرى، وكثير من المشكلات التي تعاني منها تلك المستشفيات في أمريكا موجودة في المستشفيات البريطانية. وفضلا عن ذلك، فالمستشفيات في بريطانيا تخدم مناطق محددة وبالتالي فليست لدى المريض فرصة لاختيار المستشفى الذي يدخله. إلا أن بعض المستشفيات التعليمية لا تختص بمنطقة محددة وتقبل المرضى من جميع أنحاء المملكة. والمرضى الذين تتطلب حالتهم علاجا طويل المدى بالمستشفى ينتهي بهم المطاف غالبا للمستشفيات العقلية. ويوجد عدد من المشروعات العلاجية التجريبية يجري العمل بها تتضمن: العنابر السكنية (أي تحويل عنابر المرضى إلى ما يشبه دور الإقامة الداخلية-المترجم) والمراكز النهارية، والمستشفيات النهارية، والبيوت الانتقالية-half way houses التي تنظم الحياة المعيشية فيها على غرار الحياة الاجتماعية العادية حيث يدرب المرضى على تحمل مسئولية حياتهم الشخصية بقدر أكبر فأكبر. لكن تلك المشاريع مازالت نادرة نسبيا. فمعظم المرضى يجدون أنفسهم داخل المستشفيات العقلية التابعة للهيئة القومية للخدمات الصحية، حيث يجري العلاج على النمط التقليدي.

العلاج عن طريق الوسط الاجتماعي الخاص:

لا يقتصر دور المستشفى على رعاية المريض وحمايته والعمل على تشخيص حالته بسرعة، وإنما هي تعالج المريض أيضا، وفضلا عن مختلف أنواع العلاج التي يمكن أن يعطي كل منها على حدة خارج المستشفى بينما يمكن داخلها إعطاؤها جميعا في نفس الوقت إذا تطلب الأمر؟ فإن المستشفى

نفسه يمكن أن يستخدم كأداة علاجية أي كوسط أو بيئة خاصة هي ما سماها الطبيب النفسي ماكسويل جونز الجماعة العلاجية.

إذ بينما نجد في العلاج النفسي أن المريض يفهم نفسه بصورة أفضل من خلال علاقته بشخص آخر، نجد في الجماعة العلاجية أن الوسط ككل-أي المستشفى نفسه ومن يوجد به (المرضى-الأطباء-الممرضين-معاوني الخدمة) يشكل مناخا ملائما لإقامة علاقات صحية.

وهناك عديد من السمات المشتركة بين الجماعة العلاجية وبين العلاج الأخلاقي في القرن التاسع عشر، والذي تحدثنا عنه سابقا.

وقد وصف ماكسويل جونز الجماعة العلاجية قائلا:

«إن ملاحظة المريض داخل بيئة اجتماعية عادية ومألوفة نسبيا تعلمنا الكثير. حيث يمكن ملاحظة أساليبه العادية في علاقته بالآخرين، وردود فعله إزاء الضغوط وما إلى ذلك. فإذا استطعنا في نفس الوقت أن نجعله مدركا لتأثير سلوكه على الآخرين وساعدناه على فهم بعض الدوافع وراء أفعاله، فقد أصبح الموقف بذلك ذا إمكانية علاجية وتلك هي الخاصية المميزة للجماعة العلاجية فيما نعتقد. إذ من الواضح أن هناك إمكانية متساوية في أن تكون العلاقة «البين-شخصية علاجية أو ضد علاجية. والذي يزيد من إمكانية أن تكون علاجية إنما هو تغذيتها بأشخاص مدربين من الهيئة الطبية فضلا عن المشاركة المنظمة بين المرضى وهيئة المستشفى في مختلف نواحي الحياة اليومية».

وينظر للمريض الفرد في الجماعة العلاجية على أنه عضو مهم من أعضائها. ويتركز الاهتمام في كيفية تعامله مع الآخرين داخل الجماعة. وقد شرح آلان كرافت في مقال له حول هذا الموضوع، كيف تنشأ خلال التفاعل المتبادل شبكة من العلاقات من كل الأنواع، ظاهرة وكامنة، لفظية وغير لفظية، واعية ولا واعية، «وهي تشمل المستويات كافة: فتنشأ بين المريض وزملائه وبينه وبين العاملين، وبين العاملين في المستشفى أنفسهم. وهذا يتيح فرصة الفحص الدقيق للتشوهات الادراكية والانفعالية في عملية التواصل خلال جميع العلاقات».

ويمكن لمريض الفصام الذي يعاني من صعوبات في التواصل وفي العلاقة بالآخرين أن يستفيد بدرجة كبيرة من الجماعة العلاجية. فكل جوانب

حياة المريض تناقش وتبحث بصراحة وتمنحه فرصا لتجربة حياتية تعليمية. وقد وصف كرافت هذا النوع من العلاج وصفا جيدا للغاية حينما قال: الجماعة العلاجية ليست بعيدة عن أن تكون مدرسة للحياة. «طلابها، هم أولئك الذين وجدوا أنفسهم غير قادرين على تلبية متطلبات الحياة اليومية. و هيئة تدريسها» هم العاملون بها الذين اكتسبوا درجة من المهارة والحساسية تجعلهم قادرين على تعليم الآخرين المهارات الاجتماعية وكيفية فهم الذات. «ومقرها الدراسي، يتكون من مواقف الحياة اليومية، التي تشبه في كثير من الجوانب، الحياة اليومية العادية غير أنها تتميز بكونها أكثر حماية وأكثر ثراء بحيث تزيد من فرص التعلم».

كذلك تتميز الحياة داخل الجماعة العلاجية عنها في المستشفيات العامة بمشاركة أكبر في المسئوليات من قبل المرضى. إذ يشارك المرضى في اتخاذ القرارات وتشكل منهم بصورة منتظمة ما تسمى بـ «حكومة المرضى». ويزداد الدور الذي يقوم به المريض كلما تحسنت حالته، ويتلاشى بالتدريج توهمه بأن تحل مشاكله لمجرد وجوده بالمستشفى دون مشاركة منه في حلها.

وقد ابتكر جي. سي. فولسوم J.C.Folsom، نوعا من العلاج الوسطي سماه العلاج الموقفي. ويعتمد هذا النوع على خمسة مواقف أساسية هي: 1- الصداقة الإيجابية، بهدف مساعدة المريض على الخروج من عزلته، 2الصداقة السلبية: حيث يكون لدى المعالج استعداد لإنشاء صداقة مع المريض لكنه ينتظر حتى يبدأ المريض الخطوة الأولى، 3- الحزم الودي: حيث يوجه المعالج المريض للقيام بأنشطة منتجة بطريقة ودودة وحازمة في نفس الوقت، 4- واقعية الحياة الفعلية: أو التعامل بين المعالج والمريض بنفس الطريقة التي تحدث في الحياة اليومية العادية، 5- الإعفاء من الالتزامات: وهي تستخدم حين تنتاب المريض حالة هلع من تفكك شخصيته فحينئذ لا يطلب منه عمل أي شيء.

خدمات المستشفى:

معظم المستشفيات تحاول اليوم اكتساب بعض خصائص الجماعة العلاجية، إلا أن كثيرا منها يركز على الخدمات التي يستطيع تأديتها بشكل

جيد. وقد أعد دكستر بولارد قائمة بالخدمات التي يجب أن تتوافر بالمستشفى النفسي وهي:

- تقييم للتشخيص الطبنفسي
- رعاية تمريضية طبنفسية
- علاج نفسي فردي
- علاج سلوكي
- علاج جمعي
- علاج بالنشاط
- علاج عائلي
- علاج بالرقص
- دراسة حالة اجتماعيا
- علاج بالفن
- علاج وسطي
- علاج بالموسيقى
- علاج ترفيهي
- علاج دوائي
- علاج بالعمل
- علاج طبيعي
- اختبارات نفسية
- خدمات طبية عامة وأسنان
- اختبارات تعليمية
- خدمات المرضى المقيمين
- اختبارات مهنية
- خدمات مستشفى نهاري
- تدريب تأهيلي
- خدمات مستشفى ليلي
- استشارة
- خدمات عيادة خارجية
- خدمات تعليمية خاصة
- علاج أزمات

وهي قائمة ليست قصيرة، على الرغم من أن مؤلفها اعتبرها «جزئية». وليست كل تلك الخدمات مطلوب تقديمها لكل مريض. فهيئة المستشفى تقرر أنواع الخدمات التي يحتاج إليها كل مريض بعينه. لكننا لسوء الحظ، نجد طرق العمل بالمستشفيات الكبيرة تصبح مقننة وتميل إلى أن تتخذ صورة موحدة إن آجلا أم عاجلا.

وقد تحدثنا في الفصل السادس عن العلاج النفسي والدوائي. وليس ثمة ضرورة لأن نتناول بالشرح كل أنواع الخدمات التي ذكرها بولارد. لكننا سنختص ثلاثا منها ببضع كلمات، وهي العلاج السلوكي، والعلاج بالفن، والعلاج بالرقص.

وطريقة المكافآت الرمزية لtoken economy، ابتكرها ت. أيلون. T.Ayllon و ن. هـ أزرين N.H.Azrin، وهي تستخدم تكنيك الارتباط الشرطي المتعلم operant conditioning. فقد لوحظ أنه بإعطاء المرضى مكافأة رمزية كلما سلك سلوكا مرغوبا فيه مثل أداء عمل ما أو العناية بالمظهر، أو الاستحمام،

أو تنظيف الأسنان وما إلى ذلك؛ يمكن لأشد المرضى نكوصا أن يكتسبوا عادات أفضل وأن يصبح علاجهم أقل إثارة للمشاكل. ورأيي أن تقتصر كل طرق العلاج القائمة على الارتباط الشرطي المتعلم على المرضى المتدهورة حالتهم والذين لا يستجيبون لطرق العلاج الأخرى. فطرق العلاج القائمة على الثواب والعقاب ما لم تكن مصحوبة بمشاعر شخصية دافئة، لا تحدث تحسنا إلا على مستوى السلوك الظاهري فحسب دون تغيير يذكر في التكوين النفسي الداخلي.

وقد لوحظ أن كثير من الفصاميين يبدأون ممارسة الرسم تلقائيا رغم أن عديدا منهم لم يسبق له ذلك قبل المرض. ويستحيل التحقق من صحة الملاحظة التي ذكرها بعض الباحثين والقائلة بأن الفصاميين يمارسون الرسم بمعدل يزيد عن الأسوياء. وسواء أكانت تلك الملاحظة صحيحة أم لا، فمن المؤكد أن الرغبة في ممارسة الرسم لدى كثير من الفصاميين يتناقض مع عزوف معظمهم عن التعامل مع الأشياء الخارجية. وقد وضعت فروض كثيرة لتفسير تلك الظاهرة، إلا أنها تتجاوز نطاق هذا الكتاب [1].

والعمل الفني للفصاميين يساعدنا في سرعة التشخيص وفي فهم طبيعة المرض. وقد تعلم كثير من الاختصاصيين، بعد العمل الرائد لمارجريت نامبورج Margaret Naumburg[2] كيف يفسرون رسوم الفصاميين على أنها تعبيرات خطية عن صراعاتهم النفسية، فبعض المرضى يجدون صعوبة في التعبير عن أنفسهم بالكلمات أو في الوصول إلى مستويات معينة في تكوينهم النفسي عن طريق التأمل الاستبطاني الذي يستخدم الكلمات. لذلك فهم يعرضون مشاكلهم لأنفسهم وللآخرين بصورة أفضل من خلال اللوحات والرسوم. ومهمة المعالج هي أن يساعد المريض على أن يتخلى عن الأشكال النمطية المتكررة وأن يكتسب قدرا متزايدا من حرية التعبير وقد شاع العلاج بالرسم في كثير من المستشفيات لسببين مقنعين على الأقل. الأول هو انه يزيد من إدراك المريض لصراعاته النفسية ومن قدرته على التحدث عنها، والثاني هو أنه يشحذ القدرة الإبداعية لدى المريض ويمنحه شعورا بالتحقق والإنجاز

1) See: S. Arieti, Interpretation of Schizophrenia,2nd ed. C New York: Basic Books, 1974), pp 74- 351

2)Margaret Naumburg, Schizaphrenic Art:Its Meaning in Psychother, apy (New York, Grune& Stratton 1950)

أما العلاج بالرقص فهو يقوم على الفرضية القائلة بأن العقل والجسم يجب أن يعملا في تجانس. ومن شأن أي حالة مرضية انفعالية أن تحدث إخلالا وتغيرا في حركات الجسد وبخاصة تلك التي تعبر عن المشاعر..

ويصل هذا التغير في حركات الجسد ذروته لدى مرضى الفصام من النوع التصلبي، لكنه يحدث بدرجات أقل في كل أنواع الفصام. وتكشف تغيرات الحركة عن خلل وظيفي في المستويات ما قبل اللفظية.

والعلاج بالرقص يزيد من التنبه للتكوين الجسدي الشخصي، ويرفع من المقدرة على توجيه الجسد، كما ينمي مشاعر السرور المصاحبة لمشاركة الآخرين في الحركة الجسدية. ويتعامل المعالج هنا مع ظواهر مثل قوة شد الجاذبية الأرضية، التنفس، سريان الطاقة، التشكيلات الفراغية، التتابعات الخاصة للحركات، وتكرارية الحركات. وباتباع المرضى للحركات الإيقاعية الجماعية يصبحون أقل اهتماما بمشاغلهم الذاتية، وأكثر استجابة للمثيرات الخارجية، كما أنهم يتعلمون كيف يعملون مع الآخرين في تجانس

وينطبق على الرقص ما سبق أن ذكرناه عن الرسم. فبعض المرضى يصبحون قادرين من خلال المشاركة في النشاط الإيقاعي الجماعي، على إخراج ما كان يستحيل عليهم التعبير عنه بالكلمات.

8 الحياة اليومية مع المريض

هل البيت هو المكان المناسب؟

يعيش المريض الذي تشخصت حالته بأنها فصام حاليا مع أسرته. قد يكون قد خرج من المستشفى (وقد لا يكون قد دخلها أصلا) ويكون على الأقل قد اجتاز المرحلة الحادة للمرض (أو قد لا يكون قد مر بها أصلا). على أية حال فهو حاليا في حالة طيبة، أو لا بأس بها، أو أفضل كثير من ذي قبل.

فما الذي يفيه وجود مثل ذلك الشخص بين أفراد الأسرة؟

لقد صاحب الاتجاه الحديث والذي يحوز قبولا واسعا لإخراج مرضى الفصام من المستشفيات بأسرع ما يمكن؛ اتجاه لإعادة التأكيد على دور الأسرة وإعادة تقييمه من وجهة نظر مغايرة، فلم يعد ينظر للأسرة على أنها مصدر المرض وإنما ينصب الاهتمام عليها بوصفها أداة رئيسية في استعادة المريض لحالته السوية. إذ يجب اعتبار المريض عرضة للانتكاس لفترة زمنية معينة ويجب أن يعامل خلالها معاملة خاصة حتى لو بدا انه قد أصبح طبيعيا تماما.

ويجب النظر لمساهمة الأسرة في نقاهة المريض

من خلال منظور أكبر هو التأهيل. وموضوع التأهيل سنعالجه في الفصل التالي حيث نتناول بالذكر المؤسسات التي أقيمت للنهوض به مثل: البيوت الانتقالية halfway houses والمستشفيات والمراكز النهارية وأندية المرضى السابقين، والأسر المتبنية للمرض. إلا أن أسر المريض نفسه تظل هي البيئة الأكثر شيوعا والأكثر فاعلية في كثير من الأحيان، للقيام بعملية التأهيل. وبمقدور العديد من الدراسات التي أجريت حول الأسرة بوصفها مصدرا للصراع النفسي والمرض، أن تبين لنا الآن كيف يمكن للأسرة بدلا من ذلك أن تقوم بدور أساسي في مساعدة المريض.

والأسرة وإن كان بمقدورها تأهيل المريض إلا أنها لا تستطيع القيام بالعلاج النفسي، وهناك فرق كبير بين التأهيل وبين العلاج النفسي، وإن كان التأهيل يخلط عادة بينه وبين العلاج النفسي أو يعتبر أحد أنواعه. وقد رأينا أن العلاج النفسي إنما يساعد المريض على أن يدرك الأسباب الكامنة وراء مشاعره وأفعاله. وأن يفهم كيف أن الأعراض المرضية إنما هي تعبيرات عن احتياجات لديه لم يستطع تقبلها فتحولت إلى اللاشعور. كذلك يساعده العلاج النفسي على التخلص من أنماط السلوك غير الموائمة ومن طرق التفكير الخاطئة.

وكثير على الأسرة أن نتوقع منها القيام بتلك المهام الشاقة. وبينما يقوم المعالج النفسي بالاشتراك مع المريض باستكشاف حياة المريض الداخلية، يقوم أفراد الأسرة بالاشتراك مع المريض باستكشاف العالم الخارجي، حتى يتبين له كيف أن العالم الخارجي ليس مرعبا مثلما بدا له من قبل بل هو مكان بمقدوره أن يجد لنفسه فيه موطئ قدم، بل ما هو أكثر من ذلك بكثير.

ولا توجد نظرية تفسر الكيفية التي تنتج بها عملية التأهيل آثارها المرجوة، سواء في الأسرة أم خارجها. لكننا نشعر عموما فيما يختص بالتأهيل خارج الأسرة بأنه يصبح فعالا حينما يوفر طرقا من شأنها تيسير إقامة المريض علاقات طبيعية مع الآخرين، واستعادة الثقة بنفسه، والانغماس في نشاطات مثمرة.

وتشمل إقامة العلاقات الطبيعية مع الآخرين: علاقات حسن الجوار، والعلاقات المتبادلة مع زملاء العمل، والصداقات، والشروع في البحث عن

الحب والمودة الحميمة. وتعني استعادة الثقة بالنفس الشعور بالأمل والتوقع تجاه حاضر الإنسان ومستقبله، أما النشاطات المثمرة فهي تشمل أمور الحياة المعتادة، والعمل، والعادات المألوفة، وحتى اللعب.

وعلى الرغم من أن التأهيل يشمل كل ذلك، إلا أن التأهيل الذي يجري داخل الأسرة ينطوي على ما هو أكثر بحيث لا تعود كلمة تأهيل هي التسمية المناسبة. فإذا تمسكنا بها فيجب أن نضيف إليها أنها نوع خاص من التأهيل يتضمن إعادة التكامل بين أفراد الأسرة، ليس بمعنى مجرد استعادة كل فرد في الأسرة لدوره كما كان من قبل وإنما يعني تطوير تلك الأدوار في اتجاه التكامل داخل ذلك الوسط الشديد التقارب. فالتأهيل هنا يتضمن شعور الفرد بالألفة تجاه أسرته، وشعورا بالأخوة تجاه الأشقاء والأقارب- أي يتميز بمضمون عاطفي وجداني أكثر مما نجد في التأهيل الذي تقوم به المؤسسات.

لكن دعونا نواجه مباشرة حقيقة عودة المريض لأسرته، فقد أضيف عامل جديد ولم يعد جو الأسرة كما كان من قبل. والإدعاء بأن كل شيء كما كان ليس إلا طمسا للحقيقة. إذ أن مثل ذلك الادعاء إنما يقوم على ميكانزمات الإنكار التي تؤدي إلى عواقب سيئة. وفضلا عن ذلك ليس من صالح الأسرة ألا تحدث بعض التغييرات. فالشفاء من الفصام ليس كالشفاء من التهاب الغدة النكفية أو الحصبة. وحدوث تغير في جو الأسرة ليس حدثا سيئا بعامة بل يمكن أن يؤدي إلى نتائج مرضية. والحياة مع المريض يوما بيوم تصبح عملا علاجيا، وهو ليس عملا هينا حتى بالنسبة لأشد الأسر تعاونا.

والمشكلة الأولى هي اتخاذ قرار بها إذا كانت إقامة المريض مع أسرته هي أنسب الحلول. وعلى الرغم من أن كل المعنيين بالأمر يشاركون في اتخاذ القرار إلا أن المسئولية الرئيسية تقع على عاتق الطبيب المعالج. وتختلف وجهات النظر في أوساط المشتغلين بالطب النفسي حول هذه النقطة. فترى قلة منهم أن الأسرة لا تستطيع القيام بأي دور علاجي، لأن الصراعات النفسية التي أدت إلى المرض إنما نشأت داخل إطار الأسرة. فهم يرون أن أسرة المريض، والمريض، والحالة المرضية، إنما تشكل معا وحدة واحدة أدى عدم سوائها إلى تلك النتيجة. ولا شك أن هذا الوضع

يوجد فعلا في كثير من الحالات. إذ نجد أن الصراعات داخل الأسرة مازالت قائمة. وأن حلها أو حتى تخفيف حدتها بعيد الاحتمال بحيث يصبح القرار السليم هو أن يعيش المريض بعيدا عن أسرته. وحتى لو رأى الطبيب النفسي أن المشاعر السلبية القوية التي يحملها المريض تجاه أسرته لا مبرر لها وإنها نتاج لسوء التأويل من جانب المريض، فليس من المستحسن أن يعيش مع أسرته حتى تتغير نظرته تلك. ونؤكد هنا ثانية أن مشاعر المريض تلك، على الرغم من أنها لا تنبني على أساس من الواقع، إلا أنها بالنسبة للمريض نفسه حقيقية جدا ويجب احترامها. والتصرف على غير هذا النحو قد يؤدي إلى نتائج غير طيبة.

وأحيانا أخرى نجد أن المريض راغب فعلا في الإقامة مع أسرته، لكن الطبيب النفسي لا يوافق على ذلك لأنه يرى أن تلك الأسرة بالذات ليس باستطاعتها مساعدة المريض، فليس كل شخص قادر على ذلك. وبعض الأقرباء تكون لديهم نوايا طيبة، إلا أنهم يكونون مشغولين عنه بمشاكلهم الخاصة، ومتاعبهم، وأمراضهم، أو بأعمالهم المجهدة، إلى درجة لا تسمح لهم بالمساهمة في أداء مهمة شاقة بطبيعتها. فإذا اتجه الرأي إلى عدم إقامة المريض مع أسرته، نستطيع اللجوء إلى أحد المساعدين العلاجيين أو أحد مرافقي المرضى النفسيين كما سيرد في الفصل العاشر. ويجب التزام الحرص في اتخاذ مثل تلك القرارات، لأن إقامة المريض مع أسرته وإن كانت هي أفضل وسائل التأهيل، إلا أنها قد تكون أيضا أشدها خطورة على المريض. فمهمة الأسرة لا تنحصر في مجرد إيواء المريض، وإنما عليها أن تشكل جوا من التقارب والمودة الحميمة يقتسم فيه الجميع الأحزان والأفراح معا.

تهيئة الأسرة للمهمة:

يستمر الكثير من المرضى الحاليين والسابقين في الإقامة مع أسرهم، إما لأن الطبيب النفسي رأي أن ذلك أفضل للمريض أو لأنه لم يكن ثمة بديل آخر. وبعض الأطباء النفسيين لا يقومون بإعداد الأسرة لتلك المهمة، لكنني أعتقد، من بين آخرين كثيرين، أنه من المهم تهيئة الأسرة بشكل عام. والهدف هنا ليس قيام أفراد الأسرة بمهمة التمريض النفسي وإنما تمكينهم

من فهم طبيعة المشاكل المتوقعة حتى يتزودوا بالفهم إلى جانب عاطفتهم تجاه المريض واهتمامهم الشخصي به. وأنا مدرك-وأود أن أجعل الأسرة تدرك أيضا-أن أفراد الأسرة لديهم ميزة كبيرة لا تمتلكها أفضل الممرضات. فسيظل المريض بالنسبة للأسرة على الدوام شخصا، وليس مجرد حالة طبية. كما أن أفراد الأسرة يعرفون ما يحب المريض وما لا يحب.

وقد اعتدت أن أبدأ توجيهي للأسرة بالإشارة إلى أن الكائنات البشرية قد تعلمت منذ طفولتها أن تتعامل مع الآخرين-على الأقل في القسم الأكبر من العلاقات-بطرق نستمدها من المجتمع أو من الوسط الخاص الذي نعيش فيه. وينتقد المجتمع أو يرفض أو حتى يعاقب أولئك الذين لا يتبعون الأساليب المقبولة في التعامل مع الآخرين. وأساليب السلوك المقبولة تعكس تقاليد عمرها قرون عديدة من الزمان وذات جذور عاطفية عميقة في حياة معظم الأفراد والمجتمع يحافظ عليها ليس فقط بالقدوة والمحاكاة، والتعليم، بل أيضا بطرق الثواب والعقاب وحتى بالتلويح بالقوة. وأساليب السلوك الاجتماعية ذات قيمة تربوية لا شك فيها إلا أنها قد تصبح وخيمة العواقب بالنسبة لمريض الفصام ولمن هو في مرحلة النقاهة منه إذا هي فرضت عليه أو إذا ألزم نفسه بها. فيجب على الأسرة أن تخفف من تلك القيود بالنسبة للمريض بقدر الإمكان على الأقل في فترة نقاهته. إذ يجب أن يشعر المريض بأنه مقبول حتى لو كان مختلفا أو غير مراع للأعراف الاجتماعية السائدة. على أن تقبل المريض كما هو لا يعني تقبل سلوكه دون تمييز، كما سنرى لاحقا. فالمريض يجب أن يتكامل تدريجيا داخل حياة منظمة.

ومعظم الأقارب يصرون على عدم معاقبة المريض العائد إلى البيت حين يصدر منه سلوك مناف للعرف. وهم يتحدثون بإخلاص شديد عن أنهم يعرفون أن سلوك المريض حتى لو كان منفرا إنما هو نتيجة لمرضه وبالتالي لا يحاسب عليه. والواقع انهم ما لم يدربوا أنفسهم على غير ذلك فإنهم يعاقبون المريض بطرق غير ظاهرة للعيان. أي بطرق قد لا يلاحظونها هم أنفسهم لكنها تبدو واضحة للمريض الذي يكون قد اكتسب حساسية خاصة لأية إشارات غير سارة تأتي من الوسط المحيط به. فقد يعاقب أحد أفراد الأسرة المريض بأن يتجنبه أو لا يجالسه إلا قليلا، بألا يتحدث معه

أو يحادثه بجمل جافة مقتضبة، بألا ينصت لما يقول أو يجيب عما يسأل، بأن يتخذ تجاهه موقفا متعطفا أو متغطرسا أو متعاليا، بأن يكون دائما متعجلا حينما يتعامل مع المريض، بأن تعبر ملامح وجهه عن الحيرة أو الضيق أو السأم أو عدم الرضى، وأحيانا بإشارة امتعاض. فعلى الفرد من أفراد الأسرة ألا يلاحظ فقط سلوك ومواقف المريض بل أيضا سلوكه ومواقفه هو-هو بالذات.

ودعونا نفترض أن شقيق المريض يريد فعلا أن يكون ودودا معه، مساعدا له، وأن يمنحه شعورا بالطمأنينة. وبدلا من أن يكون المريض الذي عاد من المستشفى لتوه ممتنا لذلك نجده فاقدا للثقة بشقيقه، مستهزئا به، معاديا له. فمن الطبيعي أن يكون رد فعل الشقيق حينذاك أن يتضايق وأن ينتابه الغضب وربما يشعر بالإدانة تجاه المريض. والمريض بدوره يلاحظ ردود فعل شقيقه ذلك فيتدعم لديه شعور عدم الثقة والعدائية. وتتكرر الحلقة المفرغة. والمفروض هنا بالطبع أن يدرب الشقيق نفسه على ألا يستجيب لتصرفات شقيقه المريض بالطرق المألوفة، بل عليه أن يدرك أن المريض مازال بحاجة قوية لأن يقوم بإسقاط توتراته الداخلية على الآخرين، وأن يلوم الآخرين بشأنها.

والمثال التالي يوضح الشكوى التي نسمعها كثير من أهل المريض: «أريد أن أكون حقيقيا، طبيعيا. فمنذ عادت جين أصبح عليّ أن أفكر في كل كلمة أقولها، ولم يعد باستطاعتي أن أكون تلقائيا. لكني لا أدري ما إذا كان ما أفعله هذا صواب. فقد يكون سلوكي المتصنع هذا ذا ضرر عليها. إنني أومن بأن عليّ أن أكون حقيقيا». ومثل هذه الشكوك التي يطرحها قريب المريض أمام نفسه أو أمام الطبيب النفسي إنها هي شكوك مشروعة وجديرة بكل اعتبار. لكن عليه أن يمضي أبعد من ذلك في تحليل ما يعنيه بكلمة حقيقي أو أصيل. فان يفكر في كلامه قبل أن يتحدث إلى جين لا يعني بالضرورة أنه فقد أصالته. لكن أن يتصرف كما لو أن شيئا خطير لم يحدث لقريب أو عزيز لديه لا يعني أنه يتصرف بأصالة. وإنما الأصيل والأكثر جدوى هو أن ندرك أن علينا، بسبب من قابلية المريض للانتكاس ولحساسيته الخاصة، أن نغير من بعض أساليب سلوكنا وأن نحجم عن استعمال كلمات أو عبارات قد تبدو له غامضة أو تنطوي على تهديد ما.

وفضلا عن ذلك، علينا أن نتذكر أننا خلال تعرفنا على مواطن ضعف المريض وحساسيته الشديدة، يمكن أن نكتشف أين ومتى نكون دون قصد فاقدين للحساسية أحيانا إلى درجة الجمود. وقد نكتشف أننا ربما أردنا أن نملي عليه أساليبنا نحن لأننا نراها أكثر صلاحية أو أكثر صوابا-أو ربما ببساطة لأننا نميل إليها أكثر من سواها.

فالحياة مع مريض فصامي أو في مرحلة النقاهة من الفصام تتطلب منا بذل أقصى جهد لأن نضع في الاعتبار ذلك الشخص وكل ما له من حقوق، وأن نتقبل حاجته لتلبية رغبات خاصة لديه. وهو أمر صعب حتى بالنسبة للفصامي لميلنا التلقائي لمساعدته عن طريق إسداء النصح، والتوجيه، وتصويب مظاهر السلوك المرضى، وإلقاء المواعظ حول التوافق مع المجتمع. ويجب أن نعرف أيضا أن مساعدة المريض الراشد أكثر صعوبة من مساعدة المريض في سن الطفولة. فبالنسبة للطفل لا نشعر كثير بحرج في أن نعطيه تعليمات، أو نصائح مباشرة، أو أن نقوم إزاءه بدور إيجابي. لكننا نحجم عن ذلك مع المريض الراشد، حتى لا يفسر اهتمامنا به على أنه وصاية لا مبرر لها، أو دليلا على أننا نعتبره عاجزا، أو طفلا أو غير عقلاني في تصرفاته. فالرعاية الأبوية الزائدة قد تشعره فعلا بالإهانة، وقد تدعم لديه فكرته المتدنية عن نفسه. ومن العادات السيئة أيضا، والتي قلت كثيرا لحسن الحظ، اعتبار ما يقوله المريض مجرد كلام بلا معنى وأحيانا مثارا للدعابة.

ومن الواضح مما عرفناه من هذا الكتاب، أن ما يبديه المريض من ملاحظات أو شكاوى يجب أن يلقى اهتماما ويقدر باحترام. فمخاوف المريض ومعتقداته الضلالية حقيقة واقعة وحية وهي دائما خبرة مؤلمة له، حتى وإن كانت ناشئة عن عمليات نفسية معقدة لا يفهمها سوى الطبيب النفسي. فإذا لم يستطع أحد أفراد الأسرة أن يفهم ما يقوله المريض، فإن عليه على الأقل أن يستجيب لندائه بأن يلتفت إليه أحد ولرغبته في أن يحادثه أحد، كذلك عليه وفقا لقدراته أن يؤثر في المريض ويوجهه، ليس عن طريق قمع نشاطاته، بل عن طريق زيادة معارفه وإيضاح المواقف الصعبة. وكما ذكرنا آنفا، فإن فرد الأسرة المتعاون يكتسب بالتدريج معرفة بمواطن حساسية المريض ويصبح أكثر تنبها لما قد يؤثر عليه تأثيرا سلبيا. ويجب

أن يكون لديه «هوائي» قادرا على التقاط ما قد يزعج المريض وأن يكون دائم اليقظة دونما مبالغة في العناية به أو فضول زائد، فعليه أن يكون قريبا منه بقدر يسمح له بالعطاء حينما يكون العطاء مطلوبا، وأن يكون بعيدا عنه بقدر لا يسبب له إزعاجا حينما يكون غير قادر على التواصل.

ويمكننا القول، حسب تعبير هاري ستاك سوليفان بأن المريض حين لا يكون قادرا بعد على تقبل المودة، يصبح سيئ الظن بالآخرين فيفسر تعبيرات المودة على أنها تخفي وراءها دوافع مغايرة. والأسرة القادرة على تحمل الصعوبات الكامنة في معايشة مريض فصامي ناقه، تعتبر عاملا بالغ الأهمية في الوصول إلى أفضل النتائج. وعلى الرغم من أن أحد أفراد الأسرة قد يكون أكثر تقاربا مع المريض، إلا أن جميع الأفراد عليهم أن يتعاملوا معه وأن يقدموا له دعما متبادلا. فحينما يتسم جو الأسرة بالتضامن يصبح من الأيسر أن تتوفر للمريض بيئة متفهمة ومستقرة. ويصبح المريض في مثل هذا الوسط العلاجي، موضع ترحيب واحترام كالابن التائب. فهو موضع قبول بصرف النظر عما هو عليه الآن أو ما كان عليه في الماضي. والتعامل معه يجب أن يتسم بالاهتمام به، والصبر والجلد، وبقدر ملائم من التسامح. كما يتسم بشعور بالأمل في قدرة المريض على التحسن، وبثقة في قدرته على النمو.

وعلى الرغم من أن موقف القبول يتضمن قدرا كبير من التسامح، إلا أن ذلك لا يعني أن يترك المريض يتصرف كما يشاء بلا حدود. وغالبا ما يدرك المريض نوع السلوك الملائم له حينما يسود حوله جو من المودة يخلو من الرفض أو العقاب أو التصغير من شأنه أو الاستهزاء به. ويعتبر التهديد بإعادته للمستشفى إذا لم يسلك سلوكا ملائما، أمرا محطما لمعنوياته إلى أقصى حد. فإذا أصبحت المشاكل لا تحتمل، أو إذا ازداد التوتر في العلاقات داخل الأسرة على الرغم من النوايا الطيبة لدى جميع أفرادها أو إذا أصبح هناك احتمال أن يقدم المريض على الانتحار أو على أفعال عنيفة، فيجب التفكير جديا في إعادته للمستشفى. ولا يجب أن يصور ذلك للمريض على أنه عقاب، بل على أنه تلبية لحاجة لديه للحياة في جو يسوده النظام والعمل المنسق الأمر الذي لا يتوفر في جو البيت.

ومن الإنصاف أن نقول إن تلك المهمة أكبر عموما من أن تتحملها الأسرة،

ما لم يصاحبها بالإضافة للعلاج النفسي الفردي، نوع آخر من العلاج هو علاج الأسرة.

علاج الأسرة:

يذهب كثير من الباحثين إلى أن علاج الأسرة يقلل كثيرا من حدوث النكسات، ويختزل فترة العلاج اللازمة للمريض، ويحسن أحوال الأسرة عموما بصرف النظر عن المريض نفسه. وأنا لم أركز حتى الآن على دور علاج الأسرة. ويعود ذلك جزئيا إلى حقيقة أن قلة ضئيلة من الأسر ترحب بمثل هذا النوع من العلاج. وأحيان لا تسمح الموارد المالية للأسرة إلا بعلاج المريض في فترة نقاهته.(*) وكما ذكرنا في الفصل الرابع، لا تعتبر المصاعب الأسرية السبب الوحيد للفصام لكننا نستطيع أن نقول وقد وصلنا إلى هذا الحد من المعرفة، أنها تعتبر واحدة من الأسباب الرئيسية. وقد لا يكون حل تلك الصعوبات حاليا له نفس التأثير فيما لو كان قد تم في فترة طفولة المريض أو قبل المرض، لكنه يظل مؤثرا بدرجة كافية لتحسين البيئة الاجتماعية التي على المريض أن يعيش فيها فترة طويلة. ويمكن لعلاج الأسرة أن يجيب عن التساؤلات التالية: هل مازالت هناك عمليات نفسية تجري داخل الأسرة ضد المريض مثل الإنكار، وسوء التأويل، والتمسك بالخرافات؟ هل مازالت الأسرة تعاني من حالة الانشقاق Schism التي وصفها الطبيب النفسي تيودور ليدز Theodore Lidz؟ ما نوع العلاقات القائمة بين أفراد الأسرة؟ هل الحوار الذي يجري بينهم حوار حقيقي أو مزيف؟ هل تبادل المنافع حقيقي أو مزيف؟ هل هناك أصالة أو ألعاب نفسية؟ وعلى الرغم من أننا نحبذ بقوة علاج الأسرة ما أمكن، إلا أنه على الأسرة نفسها أن تصبح في جميع الأحوال بمثابة وسط علاجي، وأعتقد أن هذا الأمر ممكن في كثير من الأحيان.

ويحبذ بعض المعالجين أن يتسع نطاق علاج الأسرة ليشمل أيضا الأقرباء من الدرجة المتوسطة أو حتى البعيدة، مثل الأعمام والأخوال وأولاد العم والأجداد، حتى يشارك الجميع في إعادة تكامل المريض. وهى محاولة

(*) لا ينطبق هذا الوضع لحسن الحظ، على المملكة المتحدة حيث توجد الهيئة القومية للخدمات الصحية

تستحق التشجيع كلما أمكن (لكنني لسوء الحظ نادرا ما نجحت في ذلك. ربما لأنني كنت أمارس العلاج في عاصمة كبيرة تلاشى فيها عمليا الطابع العشائري للأسرة).

فقد اختزلت الأسرة إلى عدد قليل من الأفراد أو إلى مجموعة «نووية» ليست لها صلات حميمة بالأقارب البعيدين أو من الدرجة المتوسطة، وأولئك الأقارب أنفسهم قد لا يرحبون كثيرا بأن يتحملوا مشقة الذهاب لمساعدة مريض لا يعرفونه جيدا. إلا أنني من قبيل الدقة يجب أن أذكر أنني صادفت أحيانا أجدادا محبين لأحفادهم صغار السن وأنهم قدموا لهم مساعدة ممتازة.

موضوعات خاصة:

يجب أن أؤكد ثانية-قبل الشروع في وصف الكيفيات التي تتخذها الحياة مع فصامي في مرحلة النقاهة-على أن كل حالة تختلف عن الأخرى، فكل منها تتشكل من ظروف متفردة داخل بيئة لا تماثل تماما الحالات التي سبقتها.

وسنتحدث الآن عن مسائل خاصة يتكرر حدوثها أثناء الحياة اليومية مع المريض. وقد أشرنا في الفصول السابقة إلى أمر هام متواتر الحدوث. فالمريض لم تعد لديه معتقدات ضلالية إلا أنه مازال يسئ تفسير كثير من تصرفات الآخرين تجاهه، فيراهم في صورة أسوأ بكثير من الواقع، وقد ينزع إلى توجيه الاتهامات، وبالذات لوالديه، اللذين أصبح يعتبرهما مصدر متاعبه. وهو يوجه اللوم أيضا إلى بقية أفراد الأسرة. لكن بدرجة أقل. وهذا في الواقع أمر يصعب تقبله. وأفضل تصرف في هذه الحالة هو تجنب الجدال مع المريض أو إخباره بأنه مخطئ. إلا أنه من الصعب على كثير من الآباء والأمهات ألا يتخذ موقفا دفاعيا، فهم يشعرون إن كبرياءهم قد جرح، وقد يتملكهم الغيظ فينبرون للدفاع عن أنفسهم بأقصى قوة وكأنهم أمام محكمة. فإذا استسلموا لتلك النزعة فستمضي المحاكمة إلى مالا نهاية دون أي تقدم. ومن الحكمة في تلك الحالة أن يتجه الأب إلى المريض قائلا: «ربما يأتي الوقت الذي ترى فيه بصورة مختلفة ما فعلناه وما نحاول أن نفعله» كذلك يمكن للوالدين في نفس الوقت أن يطمئنا

المريض قائلين إن كل فرد في الأسرة سوف يقوم بما عليه أن يفعله لتلبية احتياجات الجميع وضمان حقوقهم على أفضل نحو ممكن. لذلك يحمل المستقبل إمكانات أفضل بكثير مما كانت عليه في الماضي».

وعلى الرغم من أن نقاط ضعف المريض وحساسياته يجب وضعها في الاعتبار إلا أنه لا يجب تضخيمها. إذ يجب ألا نجعل المريض أكثر اعتمادية على الآخرين ولا يجب أن نعامله على أنه غير صالح لشيء أو على أنه طفل. فإذا كانت النشاطات الحياتية لبعض المرضى الناقهين تتوقف في معظمها، فإن نشاطات الأكثرية لا تتأثر إلا بدرجة بسيطة. وعلينا أن نستثمر كل النواحي التي لم يؤثر فيها المرض أو مسها مسا هينا. وإيجاد دور للمريض داخل نطاق الأسرة يعتبر من الأهداف الرئيسية. فيجب أن يعهد إليه ببعض الأعمال المنزلية. وذلك أمر يسير بالنسبة للمرضى من الإناث، لكن حتى الذكور منهم يجب أن يتحملوا بعض المسئوليات المنزلية فشعور المريض بأنه عضو فعال داخل الأسرة أمر مفيد له، كما أنه يتيح لأفراد الأسرة أن يتخلصوا إلى حد كبير من مشاعر الشفقة والإحباط المتبقية لديهم تجاه المريض.

وقد لوحظ أن المرضى من العائلات الفقيرة يتم تأهيلهم داخل الأسرة أسرع من أولئك المنتمين إلى عائلات غنية. فالأثرياء يميلون للاعتماد على غيرهم في أداء الأعمال الروتينية. فمن الصعب في أسرة ثرية أن تعهد إلى المريض بأعمال منزلية. ويجب تشجيع المريض على العناية بغرفته لكن يستحسن أيضا ألا يقتصر نشاطه على ما يتعلق به شخصيا. بل على العكس، عليه أن يشارك في أعمال تعود بالنفع على الأسرة ككل.

وغالبا ما يفتقد المريض القدرة على المبادأة خصوصا بعد عودته مباشرة من المستشفى وعلى أفراد الأسرة أن يبادروا هم بحثه على ممارسة بعض الأعمال وعليهم أن يكونوا صبورين إلى حد كبير. فمن خصائص المريض في تلك المرحلة أن يؤدي الأعمال ببطء شديد بالمقارنة بالشخص العادي. فضعف القدرة على التركيز، ووجود أفكار دخيلة في ذهنه، ومعوقات من شتى الأنواع، كل ذلك قد يفوق أي نشاط يقوم به. لكنه لو استمر رغم ذلك في العمل على أسس مستقرة ولقي تشجيعا لما يفعل بصرف النظر عن بطئه، فسينمو لديه شعور بالرضى. وكلما قويت ثقته بنفسه كلما أصبح

أداؤه أسرع إيقاعا.

وأحد الأسئلة التي تطرح كثيرا هي: إذا لم يعد المريض شاعرا بالرضى عن أية أعمال أو مهام يعهد إليه بها داخل إطار المنزل، فهل يجب على الأهل أن يوجدوا له عملا ما. فقد يكون الأب والعم يملكان مصنعا كبيرا، فهل يدبران وظيفة به للمريض؟ أحيانا تكون هناك وظيفة شاغرة، وأحيانا أخرى يكون تدبيرها أمرا يسيرا. ومرة أخرى، لا نستطيع تقديم إجابة واحدة لكل الحالات والقاعدة العامة الصحيحة هي أن الشخص الذي يعاني من مشكلات خطيرة لا يجب أن يعمل لدى أقاربه. فإذا كان قد أصبح سويا أو قريبا من السواء فيجب حثه على العمل لدى آخرين. لكن، من ناحية أخرى، إذا كان مازال شديد البطء أو كان غير قادر على الالتزام ببرنامج يتطلب منه الاستيقاظ مبكرا والقيام بأعمال متنوعة فيمكن له- على الأقل مؤقتا ولدواع عملية بحتة-أن يعمل لدى الأب أو أحد الأقرباء ذوي الاستعداد لتقبل بطئه أو عدم انتظامه في العمل.

وقد لاحظ كثير من المعالجين أن المرضى الذين يعودون من المستشفى للحياة مع أزواجهم أو زوجاتهم، يستعيدون قدرتهم على مزاولة الأعمال المهنية، بصورة أفضل كثيرا من أولئك الذين يعودون للحياة مع والديهم. فشريك الحياة بعامة لا يعامل المريض على أنه شخص معتمد على الآخرين، وهو أقل استعدادا لتقبل سلبيته، كما أنه أكثر تشجيعا للمريض لأن يستعيد دوره الإيجابي في الحياة. بينما نجد الآباء، من ناحية أخرى، أكثر ميلا لممارسة الدور الأبوي ولتدعيم الميول الاعتمادية لدى المريض.

ومن الأسئلة التي تطرح كثيرا السؤال التالي: هل يجب أن ندفع المريض لأن يكون نشيطا أم لا؟ ومرة أخرى لا توجد إجابة واحدة. فبالنسبة للمرضى ذوي الميل إلى السلبية يجب دفعهم دفعا بسيطا، لكن يجب أن يكون دفعا حنونا، بقفاز من حرير وألا يكون عن طريق الأوامر التسلطية بأي حال من الأحوال. ويجب أن نشجع المريض وأن يمتدح عندما ينهي أي عمل من الأعمال بصرف النظر عن حجم نتائجه أو بطء أدائه. والعكس صحيح حينما يريد المريض الإقدام على أعمال ليس معدا لها بعد: كأن يعود مباشرة لعمله. أو أن يبحث عن وظيفة جديدة، أو أن يعود لكليته لينهي الفصل الدراسي، أو أن يعيش مستقلا في شقته الخاصة، وما إلى ذلك.

ففي مثل تلك الأحوال يلزم استخدام أساليب التأجيل فينصح المريض بأن يؤجل تلك المشاريع بعض الوقت حتى يصبح قادرا على مواجهتها بكفاءة أكبر. ويجب ألا تثبط همته بأي حال من الأحوال وإنما يقترح عليه تقسيم مشروعاته إلى مراحل يتلو بعضها بعضا بتمهل. ويجب في نفس الوقت حفزه إلى الاستفادة بما لديه من إمكانات يمكن توظيفها داخل المنزل، بدءا من قضاء بعض الحاجيات البسيطة إلى حساب ميزانية الأسرة.

وقد نجد في بعض الأسر، أنواعا أخرى من المشاكل، فتوقعاتهم بالنسبة للمريض قد تكون أكبر بكثير من قدراته. وقد ذكرنا أن شريك الحياة بالمقارنة بالوالدين عادة ما يكون أكثر حفزا للمريض على القيام بدور نشط. وعلى الرغم من أن ذلك يؤدي بصفة عامة إلى نتائج إيجابية، إلا أنه قد يكون ضارا بالمريض إذا كانت التوقعات أكبر من إمكانيات المريض الخارج من نوبة حادة. فالزوجة قد تتوقع أن يقوم زوجها فورا بتحمل أعباء الأسرة المالية. والزوج قد يتوقع من زوجته أن تنهض بالكامل بمسئولياتها كأم. على أن إدراك حقيقة أن استعادة الصحة يتطلب وقتا، من شأنه أن يخفف من حدة التوتر، ونفاد الصبر، وفتور الأمل.

ومن الشكاوي الشائعة، خصوصا بين الأزواج الشبان، أن المريض الناقه قد ضعفت قدراته الجنسية. إلا أن شريك الحياة حينما يعرف أنها حالة مؤقتة ستزول مستقبلا يصبح أكثر قدرة على تحملها. وضعف الرغبة الجنسية يعود عموما إلى عديد من الأسباب أكثرها شيوعا هو تأثير الأدوية التي يتعاطاها المريض. فالعديد منها يضعف الرغبة الجنسية، وبخاصة بين الذكور، وقد يؤدي إلى امتناع القذف. وبعض الأطباء النفسيين يخبرون مرضاهم بأنه من المتوقع أن يعانوا من ضعف رغباتهم الجنسية ويؤكدون لهم أن تلك حالة مؤقتة تزول بتقليل جرعة الدواء أو إيقافه أو تغييره. والكثير منهم يغفلون ذكر ذلك لشريك الحياة الذي يجب أن يعلم أيضا أن تلك حالة مؤقتة.

وقد يرجع فقدان الرغبة الجنسية إلى أن المريض اعتاد ألا يهتم إطلاقا بالأمور الجنسية أو أنه ظل منشغلا لفترة طويلة بأمور أخرى، بحيث لم تنم لديه الرغبات الجنسية أو تعود على عدم وجودها. وفي أحيان أخرى يكون على المريض أن يعيد تقييم علاقته (أو علاقتها) بشريك حياته ليعرف أين

يقف. وعلى شريك الحياة أن يحث المريض على أن يناقش مع المعالج ما يعانيه من شعور بعدم الأمان أو القلق أو مشاعر العداء التي لم يتحرر منها.

وثمة شيء مؤكد ويجب أن يكون واضحا. هو أنه ليس صحيحا أن مريض الفصام في فترة النقاهة يكون فاقدا للشعور باللذة. أي غير قادر على ممارسة أي نوع من الملذات بما فيها اللذة الجنسية. فالحقيقة أن المريض يكون قادرا على ممارسة اللذة بالكامل بمجرد أن يشفى أو يقترب من الشفاء، بل إنه قد يمارس اللذة الجنسية بدرجة لم يصل إليها قبل المرض. وثمة مجموعة من المرضى تشتد لديهم الشهوة الجنسية منذ بداية المرض وتظل كذلك طوال فترة المرض.

التداخل وفرط التداخل:

يساعد التشاور مع المعالج كلا من المريض وأسرته على تجنب مخاطر زيادة التعرض للمثيرات أو نقصه، أي تواجد المريض في بيئة تتوقع منه أكثر بكثير من قدراته أو تقدم له أقل بكثير من احتياجاته. والواقع أن تحديد التوازن الصحيح قد يكون صعبا في بعض الأحيان، فزيادة المثيرات تفرض على المريض مواجهة متطلبات تفوق قدراته. فإذا كان المريض ميالا للانسحاب، خاملا، أو بادي العزوف عما حوله، فإن أقاربه حسنو النية يحاولون جذب اهتمامه بعدد لا يحصى من الطرق، فيأخذونه مثلا إلى دور السينما، والمتاحف والمسارح، ويعيدون ويزيدون في الحديث إليه وفي رواية الحكايات عن الأيام الجميلة التي قضاها معهم في الماضي. وقد يشعر المريض أنه في غمرة طوفان، وبخاصة إذا كان قد عاد لتوه من المستشفى، وهو رغم العلاج ورغم النشاطات المهنية، يشعر أنه وحيد. وقد يكون أمرا بالغ المشقة بالنسبة إليه أن يحاول التأقلم مع وضع يتطلب قدرا زائدا من التداخل أو يعرضه للتحدث كثيرا مع الآخرين.

فإذا حدث حينئذ أن أشار المريض إلى بيته قائلا «هذا ليس مكاني»، أو إذا قال: «إنني مضغوط من كل اتجاه» فإن تلك الكلمات تعتبر ذات دلالات خطرة. وعلى الأهل إن يدركوا أن الوقت قد حان كي يرفعوا أيديهم عنه إذا جاز التعبير، أو على الأقل يخففوا من قبضتهم عليه.

ويفرق بعض الباحثين البريطانيين بين نوعين من العبء الذي تتحمله

أسرة المريض، هما العبء الذاتي وهو تقدير الأسرة لمدى المعاناة التي يلاقونها بسبب حياة المريض بينهم، والعبء الموضوعي، وهو تقدير الباحثين أنفسهم لمدى تلك المعاناة. وطبقا لنتائج أولئك الباحثين فقد وجد أن هناك تفاوتا بين التقديرين، فقد كانت التقديرات الموضوعية أعلى دائما من التقديرات الذاتية. أي أن مدى المعاناة كان أكبر مما يعترف به أهل المريض. وطبعا بوسع المرء أن يتساءل عن حقيقة موضوعية تقدير أولئك الباحثين. فالتقدير الذي يقوم به شخص من الخارج للوضع الأسري يمكن أيضا أن يكون ذاتيا نتيجة للمسافة الكبيرة التي تفصله عن ذلك الوضع، أي لانعدام وجود رابطة شعورية أو مشاركة مع المريض. لكن على أي حال، فما توصلوا إليه من أن العبء الموضوعي كان أكبر كثيرا من العبء الذاتي يعطي فكرة طيبة عن أسر المرضى. إذ يشير إلى أن معظم الأسر تبذل قصارى جهدها في المشاركة في الأعباء الجسيمة لتأهيل شخص عزيز وأنها ترحب بتحمل أعباء تلك العملية.

وثمة مشكلة أخرى تتعلق بزيادة استثارة المريض أو نقصها. تلك هي مشكلة فرط التداخل. فقد وردت تقارير من باحثين بريطانيين استلهموا بخاصة أفكار جون وينج John Wing الذي درس الموضوع بعمق. فذهبوا فيها إلى أن فرط التداخل من جانب الأسرة بما في ذلك التعبير عن عواطف زائدة عن الحد، يؤدي في الانتكاس. وقد كتب هو وزملاؤه قائلين: «التعامل وجها لوجه لمدة خمس عشرة ساعة في الأسبوع أو يزيد، بين مريض فصامي وأحد أقربائه الشديدي الاهتمام به، يعرضه بدرجة كبيرة لنوبة مرضية أخرى».

فإذا كان من شأن التقارب أن يجدد الصراعات النفسية ويحول دون الخلوة مع النفس، فإننا نصبح بلا شك أمام صورة فرط التداخل التي تحدث عنها وينج وزملاؤه. على أن هذا النوع من فرط التداخل يبدو أنه امتداد لما كان عليه الحال في بعض أسر الفصاميين حتى قبل حدوث المرض. فأفراد تلك الأسر لا يمارسون تجاه بعضهم البعض مجرد الشعور بالتنافس. بل يشعر الفرد منهم بأنه من حقه التدخل في تصرفات الآخر والانفعال بها ويتسم بحساسية خاصة تجاه أفعال الآخر وغالبا ما يفسرها على نحو سلبي. والواقع أن أفراد الأسر يود كل منهم مساعدة الآخر،

لكنهم بسبب من التشابكات الخاصة في علاقاتهم وبسبب مما يساورهم من الشعور بالقلق، وعدم الثقة وسوء الفهم، ينتهي بهم الأمر إلى أن يسيء كل منهم للآخر. وهذا يذكرنا ببعض شخصيات تشيكوف التي بسبب طبيعة تكوينها وشدة الاهتمام والتداخل بين بعضها البعض تطورت بها الأمور تدريجيا إلى نهاية غير سارة.

على أن فرط التداخل الذي يصل إلى درجة مرضية، ليس شائعا بالصورة التي قد توحي بها أقوال وينج وزملائه. فالاختلافات الثقافية قد تلعب دورا في هذا الشأن. فأبحاث وينج وزملائه إنما أجريت في الغالب الأعم على مرضى وأسر ذات أصول انجلوسكسونية وما قد يعتبر فرط تداخل في تلك الأوساط قد يكون هو الشائع المألوف في أوساط الأسر الإيطالية أو غيرها. بتعبير آخر يمكن القول بأننا في تقييمنا لمثل تلك العوامل، علينا أن نضع في الاعتبار الخلفية العرقية ونوع الثقافة السائدة بين تلك الأسر.

إساءة التأويل وكيفية تجنبها:

ذكرنا آنفا أن المريض الناقه قد يسيء تفسير ما يقوله أفراد أسرته وقد يسيء تأويل ما يجري بينه وبينهم دون أن يدرك أنه يفعل ذلك. وهذا الأمر يكثر حدوثه بخاصة في مرحلة معينة من مراحل التماثل للشفاء. والمريض حين عودته لبيته ربما يكون قد تخلص من ضلالاته أو معتقداته الزائفة التي لشدة بعدها عن الواقع يسهل على أي شخص معرفة أنها أعراض مرضية. لكن المريض حاليا لا يفعل أكثر من إساءة التأويل. وهي عملية تنبني على الواقع لكن نسبة الحقيقة الواقعة فيها أو مكوناتها المختلفة تتغير. فتلك التشويهات لدى المريض قد تحول الاهتمام الإنساني من جانب الأسر إلى ما يبدو أنه فرط تداخل مرضى أو تدخل في أموره الشخصية، أو تغامز عليه، أو إهانة له. وعلى الرغم من أن الميل للتشويه أو إساءة التأويل أمور تتم معالجتها العلاج النفسي على يد الاختصاصيين إلا أنه من المهم أن نوضحها لأفراد الأسرة، حتى يتمكنوا من التعرف عليها ويتعلموا كيف يمنعون حدوثها.

فقد يتوجه أحد أفراد الأسرة مجاملا للمريض قائلا: «لكم تبدو أنيقا في هذه الثياب» فيتحول ذلك لدى المريض إلى أشنع الأكاذيب. وقد تقال

كلمة تفتقر للكياسة فيراها المريض مثالا للزيف ولتشويه الواقع. وكما رأينا في الفصل الخامس، فإن ذلك الميل لتحوير الواقع إنما ينشأ من حاجة لدى المريض لاستعادة نمط معين مارسه في طفولته، وهو نمط نشأ في حينه ليس فقط نتيجة لما حدث فعلا وإنما ساهم في تكوينه نقص المعرفة لدى المريض وعدم نضج مرحلة الصبا، وسوء الفهم. فقد حدث مثلا أن أم إحدى المريضات أخبرتها قائلة: «إن حماتك مريضة». فكان أن فسرتها كما لو كانت تقول لها: إنك بصفاتك الشاذة قد تسببت في مرض حماتك، مثلما تسببت في مرضى أنا ذات مرة». ومرة أخرى سألت الأم أبنتها المريضة عما ستعده من طعام للعشاء. ففسرت المريضة قول أمها بأنه ينطوي على انتقادات لها. إذ تصورت أن الأم بقولها ذاك إنما تعنى أن الابنة لا تجيد الطهي ولا تعرف كيف تعد وجبة طعام. وفي مناسبة أخرى نوهت الأم بجمال الشقة التي قامت شقيقة المريضة المتزوجة حديثا بتأثيثها. ففسرت المريضة-التي كانت بالمصادفة تغير من اهتمام أمها بشقيقتها-ذلك القول على أنه يعني «أن لأختك ذوقا يفضل ذوقك أنت بكثي».

ومثل ذلك النوع من التفسيرات يمكن في الواقع أن يزيد من حدة قلق المريض ويعجل بنوبة ذهانية جديدة. ولو لم يكن أفراد الأسرة متداخلين مع المريض ربما ما حدثت تلك المواقف الضارة. على أن التباعد عن المريض ليس مرغوبا أيضا ولا يسهل عملية التأهيل. وإذا كان المريض يتلقى علاجا نفسيا فسوف تتم مناقشة تلك الأحداث الصغيرة مع المعالج حتى يصفو الجو. والأسرة ليست مهيأة لتأدية مثل تلك المهمة، فقد يشرع أفراد الأسرة في الدفاع عن أنفسهم دون داع وقد يتحول الحدث الصغير إلى مشاجرة لفظية حادة.

من ناحية أخرى يمتلك المعالج بحكم تدريبه، القدرة على أن يشرح للمريض لماذا هو في حاجة لأن يتخذ نمطا جديدا وألا يحتفظ ويتشبث بالصورة القديمة التي تكونت لديه عن قريبه. وغالبا ما يصل المريض، من خلال ذكر وتحليل الأحداث الصغيرة اليومية مع المعالج، إلى أن يتبين أنه إذا كانت لوالديه أو لأحد أقاربه المهمين في حياته سمات سلبية فإن تلك السمات لم تكن سهاما مصوبة نحوه خصيصا لإيذائه وإنما كانت مجرد خصائص لأولئك الأفراد لا يجب اعتبارها بمثابة الطابع الغالب عليهم أو

السمات الممثلة لشخصياتهم ككل. ففي المثال السابق مثلا عن المريضة وأمها، يمكننا أن نلمس بعض عناصر العداء في ملاحظات الأم، والواقع أن للمرء أن يفكر في أن تلك المريضة لم تكن غير مسيئة تأويل ما يحدث فحسب بل إنها كانت شديدة القرب من الواقع لأنها أصبحت حساسة بشكل خاص لعدائية أمها تجاهها. تلك العدائية التي يريد الآخرون أن ينكروها. وهو موقف يذكرنا بمسرحية بيرانديللو Pirandello حيث لا نستطيع أن نعرف من المخطئ ومن المصيب. وعلى المعالج أن يساعد الابنة على إدراك أنها-ربما كانت مصيبة في تقييم بعض الجوانب الخاصة في سلوك أمها تجاهها. نعم، فقد يكون ثمة ما هو أكثر من عنصر عداء في ملاحظات الأم، لكن قد لا تكون على وعي بها. بل إنه حتى في أشد العلاقات حبا نجد بعض عناصر العداء وعلينا أن نقيمها بنسبتها الصحيحة دون تضخيم من شأنها.

ففي كل علاقة واتصال إنساني، وفي كل حدث اجتماعي، يوجد عديد من الأبعاد والمعاني. والمريض يركز على بعض الأجزاء السلبية ويغفل الإبعاد الأخرى للعلاقة الثرية، التي ربما تضمنت مشاعر حارة واهتماما أصيلا. لكنه من الصعب على المريض أن يتحمل أي تناقض في المشاعر، أو أي تعدد للأبعاد. على أن العلاج النفسي بمقدوره أن يساعد على تقبل تلك التعددية كسمة أصيلة في حياة البشر.

والمثال الذي ذكرناه يمكن أن يعطي لأفراد الأسرة فكرة عن كيفية تحسين علاقتهم بالمريض الناقه. فعلى الأسرة أن تتعرف على مواطن الحساسية المرضية لدى المريض وأن تتجنب مساسها وقد لا يكون ذلك بطبيعة الحال أمرا يسيرا. فالأم كانت تعلم أن ابنتها المريضة لديها شعور بالغيرة تجاه شقيقتها، وكانت تعلم أنها تشعر بعدم كفاءتها في الأعمال المنزلية والطهي. وكانت تعلم أيضا أن ابنتها ركزت كل اهتمامها في عملها المهني. فلماذا تطرح عليها مثل تلك الأمور؟ وفيما يتعلق بحماة ابنتها لماذا لم تدع أمر إخبارها بمرضها لزوجها؟ كل ذلك يشير إلى أن الأم كانت على نحو ما غير عابئة بمشاعر أبنتها. لكن ليس بالضرورة إلى ذلك الحد من السوء أو العدوانية المتعمدة كما تصورت ابنتها. وعدم حساسية الأم تجاه ابنتها، يمكن أن يكون بدوره نتاجا لعوامل سيكلوجية ليس هنا مجال بحثها. وكما

أشرنا سابقا، فإن الحياة مع مريض ناقه يتطلب قدرا وافرا من الحساسية من جانب أفراد الأسرة. وبقدر ما يكتسب أفراد الأسرة درجة عالية من الحساسية، بقدر ما تتحقق منافع عديدة للجميع.

لقد ذكرنا بعضا من المواقف التي يجب أن تتخذها الأسرة تجاه مريضها، وهي مواقف تتسم بالاختلاف وأحيانا بالتعارض، ونوهنا بالصعوبات التي تكتنف الاختيار بينها. وعلينا أن نشير هنا إلى بعض المشكلات الأخرى. واحدة من تلك المشاكل تنشأ من الوضع الذي يكون فيه المريض بحاجة إلى الصحبة وإلى الخصوصية الشخصية في نفس الوقت وتكون كلتاهما ضرورية بالنسبة إليه ويجب أن تلبى. لذلك يلزم توفير الوقت للحاجتين كلتيهما. مشكلة أخرى تنشأ من التوازن الصعب الذي يجب الالتزام به بين حاجة المريض للحرية وحاجته للنظام. إذ يجب أن يمارس المريض الشعور بحرية أن يفعل ما يشاء، لكنه عليه أن يقبل الالتزام بنوع من النظام، من الروتين أو البرنامج اليومي كل الأول خلال الشهور الأولى التالية لعودته من المستشفى. وعلى الرغم من أن نشاطه اليومي يجب أن يكون منظما إلا أنه يجب ألا يكون مزدحما بكثرة من الأعمال، وألا تكون تلك الأعمال معقدة. ودرجة تعقد الأعمال اليومية يجب أن تتعدل وفقا لقدرات المريض.

وليس بمقدور البيت أن يوفر جميع الاحتياجات لشخص، على الرغم من أنه في مرحلة النقاهة، إلا أنه غير قادر بعد على استئناف نشاطاته المعتادة. ويفضل للمريض، كما سنرى في الفصل التاسع، أن يقضي بعض الوقت في إحدى المستشفيات النهارية أو أحد أندية المرضى السابقين. ويستحسن أن تقتصر الاستعانة بمرافق نفساني أو ممرض أو مساعد علاجي على المرضى الذين لا يتماثلون للشفاء أو حتى الذين لا تتحسن حالتهم بدرجة كبيرة، وسنناقش هذه النقطة في الفصل العاشر.

وإذا ظل المريض على صلة بالمستشفى الذي عولج به، فغالبا ما تقع مهمة المتابعة هنا على عاتق الأخصائي الاجتماعي. وقد تغير وضع الأخصائي الاجتماعي مع بروز فكرة الوسط التأهيلي لمريض الفصام في فترة النقاهة. فبينما كانت المهمة التي تطلبتها المستشفى أو الطبيب النفسي من الأخصائي الاجتماعي في الخمسينيات والستينيات، هي التحري الدقيق عن مدى إسهام العوامل الأسرية في الحالة المرضية، أصبحت المهمة التي

يقوم بها حاليا هي استكشاف كل العوامل والإمكانات الإيجابية في أسرة المريض والتي يمكن أن تفيد في تأهيله. فقد أصبح باستطاعة أي أخصائي اجتماعي-أن يلعب دورا نشطا في تنظيم برنامج لحياة المريض.

أحداث هامة وقرارات هامة

تواجه العائلة أحيانا بأحداث غير عادية في حياة المريض. وعلى الرغم من أن تلك الأحداث عادة ما تناقش باستفاضة مع المعالج، إلا أن الأسرة قد تجد نفسها في قلب الحدث حتى قبل أن يعرف المعالج. وقد لا يكون هناك معالج يحال إليه الموضوع. فقد نجد أن المريض قد تعرف على شخص من الجنس الآخر ويرغب في أن يذهب لإقامة معه أو معها. وفي أحيان أخرى قد يرغب المريض في إتمام الخطوبة أو عقد القران مباشرة. ويكون لدى الأسرة شعور قوي بأن المريض ليس مؤهلا لذلك بعد، لكنها في نفس الوقت لا تريد أن تضغط عليه إلى الحد الذي يجعله يشعر بأنه مقيد أو أنهم يتحكمون في تصرفاته دون وجه حق. والحل الأمثل هنا هو استخدام طريقة التأجيل. فتحاول الأسرة إقناع المريض بأن عليه أن يتريث إلى أن يشعر بأنه أكثر قدرة على تنفيذ مشروعه دون عناء. لكن إذا أصر المريض ولم تنجح محاولات إقناعه بالتأجيل، فأفضل شيء هو أن تمضي الأسرة معه في مشروعه وتؤازره قدر الإمكان. ولا ننصح بأن تتخذ الأسرة موقف الغضب الصريح، أو المعارضة، أو الانتقام، فهذه كلها قد تأتي بنتائج عكسية.

ونفس الشيء يمكن أن يقال عن المريضة الناقهة التي تريد أن تحمل، فالحمل والأمومة تعتبر تحديا حقيقيا لكل النساء، والإقدام على ذلك لا يوصي به بينما المريضة لا تزال في مرحلة النقاهة ودعوني أوضح هذه النقطة حتى لا يساء فهمي. فأنا لا أقول إن المريضة الناقهة أو السابقة لا يجب أن تصبح أما. فبعض منهن أمهات ممتازات. إلا أنه بالنسبة لكثير من المريضات-حتى اللواتي يحققن أفضل النتائج منهن-توجد هناك فترة معينة (عام على الأقل وحتى خمسة أعوام) تتميز ببعض الصعوبة في مواجهة تحديات غير عادية وذات مسئوليات مثل الحمل، والولادة، والأمومة، فإذا كانت المريضة لازالت تتعاطى علاجا دوائيا فعليها أن تكون أشد حيطة تجاه الحمل، لأن تأثير الأدوية على الحمل والرضاعة لم يتضح بعد بجلاء،

على الرغم من أنه ليس ثمة دليل على أنها تحدث تشوهات في الجنين. وهناك نسبة ما من الدواء تفرز مع لبن الثدي.

وأحيانا يريد المريض الإقدام على عمل خطير الشأن، كأن يهجر شريك حياته وأولاده. وشريك الحياة الذي يواجه بالتهديد بأن يترك وحيدا بعدما تحمل معاناة الوقوف بجانب المريض أثناء مرضه وقدم له الإخلاص والمساندة، يشعر بمهانة جارحة، وأحيانا يكون شريك الحياة مستعدا لقبول ذلك القرار، لكن غالبا بلا استعداد للتراجع. ومرة أخرى فالحل الأمثل هو طريقة التأجيل، لكن إذا مضى في مشروعاته فعلى الأسرة أن تؤازره. ويجب أن نعرف أن المريض لا يتخلى عن علاقة عائلية هامة بسبب رغبة أو نزوة عابرة، لكن بسبب عدم قدرته على تحمل تلك الأوضاع. وإذا كان هناك أطفال يمسهم ذلك القرار فيجب أن تبذل كل الجهود لرعايتهم. وعلى الرغم من أنه قد سبق لي القول بأن بعض الفصاميين السابقين أو حتى الحاليين قد يكونون آباء ممتازين، إلا أنه من الصحيح أيضا أن الفصاميين الناقهين الذين يشعرون بعدم قدرة على مواجهة أوضاعهم الاجتماعية يمكن أن يكونوا شديدي الإزعاج بالنسبة للأطفال، وفي هذه الحالة يجب البحث عن والد بديل.

وهناك سؤال آخر يطرح كثيرا وهو: هل من الصواب إخبار المريض الناقه بحدث مؤلم (وفاة مفاجئة أو مرض جسيم) يكون قد وقع لأحد الأقرباء أو الأشخاص الأعزاء لدى المريض؟. منذ ما يزيد عن ثلاثين عاما، حينما كنت أعمل بمستشفى حكومية، كان الأطباء الأقدم مني يخبرونني بأن عليّ أن أنصح أفراد أسرة المريض أن يخبروه بالحقيقة دائما. ومن المؤكد أننا لا نريد أن نكذب على المريض أو سواه. لكن هناك أوقات ملائمة. وأوقات غير ملائمة للإخبار بالحقائق. وكان أطباء المستشفى الحكومية يصرون على أنه لم يحدث أن نتج أي ضرر من كشف الحقائق السيئة للمريض. وكانوا آنذاك يشيرون إلى مجموعة من المرضى الذين كانوا بالإضافة لمرضهم يعيشون في حالة اغتراب عن المجتمع تعضدها الظروف القائمة حينذاك. وكثير منهم كانوا غير قادرين على التعبير عن مشاعرهم. فالبلادة الظاهرية لا يجب أن تفسر على أنها فقدان للمشاعر. فحتى مريض الفصام التصلبي (الكاتاتوني) الذي يبدو متبلد الإحساس وجامدا

كالتمثال، لديه مشاعر شديدة القوة. فثمة بركان من الانفعالات وراء مظهره المتحجر.

لكن الموقف يختلف تماما بالشبة للفصامي الناقه. فهو شديد الحساسية ولن يغفر لأهله عدم إخبارهم إياه بالحقيقة. غير أن معرفة الحقيقة يمكن أن تكون أمرا ضارا له إذا كانت حالته لم تستقر بعد وكان لا يزال يجاهد في سبيل استعادة صحته الكاملة. وفي هذه الحالة يجب أن يهيأ المريض تدريجيا لسماع النبأ ولا يخبر به صراحة إلا عندما يكون قد أصبح متوقعا حدوثه ويكون قد فكر بينه وبين نفسه في كيفية مواجهته.

وهناك مسألة أخرى وهي بماذا ننصح المريض إذا تساءل عما إذا كان عليه أن يخبر أشخاصا مهمين في حياته بحقيقة مرضه. فإذا تقدم لخطوبة فتاة، هل يخبرها بأنه كان مريضا فصاميا؟ وإذا تقدم للالتحاق بإحدى الكليات هل يذكر في طلب الالتحاق أنه قد دخل المستشفى للعلاج من مرض عقلي؟ مرة أخرى أتذكر أنني عندما كنت طبيبا مقيما قيل لي أن عليّ أن أوصي المريض بأن يقول الصدق دائما. ونحن بالتأكيد نود أن تعرف الحقائق وأن تسود دائما. فالشخص الذي يشرع في إقامة علاقة حميمة مع شخص آخر كشريك حياة لا شك يرغب في أن يعرف عنه كل الأمور الهامة في حياته ويكون متفائلا بشأن نتائج إخباره بها. لكن ذلك أمر مختلف عن توجيه المريض لأن يكشف حقائق حياته الشخصية. فليس لأحد الحق في ذلك سواء بالنسبة للمعالج أم بالنسبة للوالدين. إذ يجب أن يترك الأمر للمريض نفسه ليختار ويتخذ القرار ومن حق الآخرين أن يقرروا ما يشاءون بشأن تلك الأنباء.

أما فيما يتعلق بذكر مرضه في طلب الالتحاق بإحدى الكليات، أود أن أقول أنه بمقدورنا دائما أن نوصي المريض بقول الصدق، لكن ذلك مرة أخرى مسئولية جسيمة. فعلى المريض وحده أو بالاشتراك مع أسرته أن يقرروا ما يفعلون بهذا الشأن. وقد يبدو ذلك أمرا غريبا بالنسبة للقارئ لكن على أن أذكر هنا بعض الخبرات غير السارة المتعلقة بهذا الأمر. إذ حدث أن عالجت بعض المرضى الذين ذكروا موضوع مرضهم عند تقدمهم للكليات، أو الذين علمت لجنة القبول بهذا الأمر من مدرسيهم أو عمداء كلياتهم. وحدث في عديد من الحالات أنهم وجدوا صعوبة في قبولهم

ببعض الكليات على الرغم من أنهم كانوا قد تماثلوا تماما للشفاء وكانت لديهم تقارير أكاديمية ممتازة. فما يزال بعض أعضاء لجان القبول بالكليات والمدارس العليا لديهم تحفظات على المرض العقلي، على الرغم من تأكيدهم عكس ذلك. وإن كان من الإنصاف أن أذكر أن ذلك الموقف المتحفظ آخذ في الأفول، وأن بعض مرضاي قد قبلوا في أفضل الكليات على الرغم من مرضهم السابق الذي تم ذكره صراحة. فالكليات ذات المستوى الجيد، التي على دراية بالتطورات الجديدة في الطب، والتي لديها أعضاء هيئة تدريس ذوى ثقافة سيكلوجية عالية، ليست لديها تحفظات من ذلك النوع. لكن أحيانا يكون من الصعب تحديد الاتجاه السائد بالنسبة لكلية معينة.

ملاحظات ختامية:

خلاصة القول إن الحياة مع فصامي ناقه أمر شاق، لكنه ليس من المستحيل التغلب على مشقته. ويمكن أن يكون ذا نتائج مثمرة ليس فقط بالنسبة للمريض بل لكل المشاركين فيه. ولو قارنا بين الحياة مع فصامي ناقه وبين الحياة مع مدمن خمر، أو فاقد للبصر، أو مريض صرع أو مريض بأحد الأمراض المزمنة المعوقة، لوجدنا أن الحياة مع الفصامي أيسر كثيرا. ففي كثير من الأحيان يسود جو من الأمل، كما أن الشعور بالرضى الناشئ عن تحقق نتائج جزئية على الأقل كثمرة لتعاون أفراد الأسرة يخلق مزيدا من الشعور بالارتياح والتفاؤل. وحتى بالنسبة للأسرة التي لديها أطفال، فعلى الرغم من أن المصاعب تصبح أشد، إلا أنها يمكن التغلب عليها. فإذا كان الأطفال قد بلغوا من العمر درجة تسمح لهم بالفهم فيجب إخبارهم بأن أحد أفراد الأسرة مريض ويحتاج لطريقة خاصة في التعامل معه. والتصرفات الغريبة التي قد تصدر عن المريض يجب أن تفسر لهم على إنها جزء من الحالة المرضية وأن تؤخذ مأخذ الجد المصحوب بالتفاؤل. والأطفال عادة ما يستجيبون بصورة طيبة للظروف السيئة أو غير السوية شريطة أن تتوفر لديهم بدائل تعوضهم عنها. ووجود فرد مريض في أسرة يسود فيها جو من التعاطف الدافئ والمناقشة الصريحة، لا يشكل سوى جزء أصغر مما نتصور عادة من حياة الطفل وقد يكون من شأنه أحيانا أن يساعده على النضج.

٩ النتائج: الصور الإكلينيكية طرق المعالجة، الرعاية

تتراوح نتائج مرض الفصام، كما ذكرنا في الفصل الأول، بين الشفاء الكامل وبين التدهور المزمن.

ويجب تأكيد أن عدد الحالات التي تحقق نتائج طيبة يتزايد، ومع تحسن طرق العلاج في المستقبل سيصبح معدل الشفاء الكامل أعلى من المعدل الحالي.

ويعتبر العالمان الفنلنديان: نيسكانين Niskanen وآشته Achte من بين من قاموا بأهم الدراسات الإحصائية حول نتائج حالات الفصام، حين أجريا دراستيهما على المرضى الذين دخلوا المستشفيات النفسية في أعوام 1950، و1960 و1965. وكانت نسبة المرضى الذين تم شفاؤهم بالكامل أو استأنفوا حياتهم الاجتماعية بعد خمس سنوات من المرض: 69٪ عام 1950 و 68٪ عام 1960، و 54٪ عام 1965. كما أن نسبة المرضى الذين استدعت حالتهم العودة للمستشفى بعد خمس سنوات تناقصت باطراد: فقد كانت 22٪ عام 1950، وأصبحت 14٪ عام 1960 ثم 10٪ عام 1965.

والواقع أن تلك النتائج مشجعة، ونستطيع أن نؤكد أن حوالي ثلثي المرضى يتم شفاؤهم أو يصبحون بدرجة أو أخرى قادرين على ممارسة حياتهم الاجتماعية.

وقد كاف تقييم النتائج المحتملة للمرضى أو التنبؤ بها، يتم في الماضي، قبل اختراع طرق العلاج الحديثة، على أساس واحد هو خصائص الأعراض الأولية ومسار المرض، إلا أن التأكيد قد تحول في الوقت الراهن إلى التأثير في مسار الفصام بدلا من ترك الآمر متعلقا كلية بالجوانب الإيجابية في الأغراض الأولية.

على أن تقييم الأعراض يظل مهما. ومن أهم الخصائص المواتية ما يلي:

1- كلما كانت البداية حادة، كلما كان الشفاء أكثر احتمالا. وإن كان ذلك لا ينطبق على بعض الحالات.

2- إذا كان قد حدث ظرف خاص وواضح ووثيق الصلة بالحالة المرضية، مثل فقدان الوظيفة، أو فسخ الخطوبة، أو إنجاب طفل، وكان قد لعب- ضمن عوامل أخرى-دورا هاما في حدوث المرض، أفمن المرجح أن يستعيد المريض توازنه عند زوال ذلك الظرف أو زوال تأثيره.

3- القلق الواعي يعتبر من العلامات الهامة المواتية لنتائج طيبة، فوجوده يعني أنه لم يحدث للمريض تبلد انفعالي-وهو عنصر غير موات-يحول بينه وبين التعبير عن تلك المشاعر حتى على مستوى الوعي. ومشاعر القلق تلك، لكونها مؤلمة تحفز المريض على مواصلة البحث عن الحقيقة وربما العودة إليها.

4- الشخصية العاصفية تعتبر عنصرا مواتيا.

5- تجاوب المريض مع المعالج وهيئة التمريض يعتبر عنصرا مواتيا. وبخاصة بالنسبة لمرضى الفصام البارانويى.

6- القدرة على الإدعاء أو الكذب تعتبر علامة مواتية. فالمعتقدات الضلالية هي بالنسبة للمريض واقع حقيقي لا ادعاء فيه، ففي الحالات المتقدمة، لا يستطيع المريض حين يسأل عن معتقداته الضلالية، أن ينكرها أو يكذب بشأنها لأنه لا يستطيع أن يفكر تفكيرا تجريديا فيضع فرضا متخيلا. إذ أن إنكاره لضلالات هي بالنسبة له حقيقة يتطلب قدرة على

التجريد أو التصور الذهني لمجموعة من الوقائع هي بالنسبة له غير حقيقية. وعندما يصبح المريض قادرا على الكذب بشأن تلك الضلالات فهذا يعني أنه في طريقه للشفاء. ولن يظل يكذب طويلا لأن الضلالات نفسها سرعان ما تختفي. (لكن علينا أن نتذكر أن مرضى الفصام الذين يعالجون حتى بجرعات متوسطة من العقاقير غالبا ما يستعيدون القدرة على الكذب. لذلك لا ينطبق عليهم هذا المعيار).

أما الخصائص التي تعتبر غير مواتية في معظم الحالات لا جميعها، فهي:

1- حدوث المرض بصورة بطيئة وغير ظاهرة.

2- عدم وجود عوامل ذات صلة وثيقة بحدوث المرض أو أسباب سيكولوجية واضحة.

3- تبلد المشاعر واتسام شخصية المريض بطابع شيزويدي (انطوائي) واضح.

4- اتخاذ المريض موقفا مناوئا للأطباء وهيئة التمريض.

5- تبرئة المريض لنفسه وإلقائه اللوم على الآخرين. وهذا المعيار لا ينطبق على جميع الحالات.

6- تقبل المريض لحالته المرضية واستسلامه لها. وهي صفة تتسم بها المراحل المتقدمة للمرض.

وسنتناول فيما يلي ثلاث مجموعات من المرضى:

1- أولئك الذين تغلبوا تماما على مرضهم.

2- أولئك الذين يظلون في حالة مرضية متوسطة.

3- أولئك الذين أصبحوا مرضى مزمنين.

المرضى الذين تغلبوا على الفصام:

نعم، فمرض الفصام قابل للشفاء. فهناك فصاميون تتحسن حالتهم ويشفون تماما على الرغم من النظرة المتشائمة التي سادت في الماضي. وإن كانت نسبتهم لا تتجاوز ثلث مجموع المرضى. ويجب هنا أن نوضح ما نعنيه بكلمة «شفاء». وقد ذكرنا أن اختفاء الأعراض، وإن كان يعد أمرا طيبا، إلا أنه ليس أفضل المطلوب في الأمراض النفسية. فالطب التقليدي

يعتبر أن الشفاء هو عودة المريض للحالة التي كان عليها قبل المرض. لكن الطبيب النفسي لا يرضيه أن يستعيد المريض شخصيته الأولى التي اتسمت بكثير من نقاط الضعف وكانت بحكم تكوينها عرضة للمرض العقلي. فهو ينشد ما هو أكثر من ذلك. إذ يريد من المريض أن يكتسب القدرة على إقامة علاقات طيبة مع الآخرين، وعلاقات حميمة مع بعض الأفراد، وعلاقات محبة تجاه شريك حياته وتجاه أطفاله. فعلى المريض أن يعيد تنظيم جوانب شخصيته بحيث يكتسب شعورا بالهوية. فيعرف من هو، ويتقبل نفسه، بل ويحبها. ويكون لديه أهداف وآمال، ويؤمن بإمكانية تحقيق ذاته. وبعبارة أخرى عليه أن يرى نفسه، ويرى الحياة، والعالم، والمستقبل، بمنظار مختلف.

ومن الممكن تحقيق تلك النتائج مع عدد كبير من الحالات، ويذكر كثير من المرضى السابقين أن المرض كان مفيدا لهم، كان بمثابة خبرة عليهم أن يمروا بها لكي يصبحوا قادرين على مواجهة الحياة دون خوف وبقدر أقل من الصراعات النفسية ومن التردد وبقدرة أكبر على مواجهة الصعوبات والتغلب عليها. فهم يشعرون كأنما ولدوا من جديد. وقد يحدث أثناء المرض أن يتكون لديهم، على مستوى المعتقدات الضلالية وكمحاولة للهروب من واقع حياتهم، اعتقاد بأنهم ولدوا من جديد بالمعنى الحرفي للكلمة. لكنهم الآن يشعرون كما لو كانوا قد ولدوا من جديد لأنهم يكتشفون في أنفسهم قدرات لم يحلموا بامتلاكها من قبل. ونحن كأطباء نفسيين لا نذهب إلى هذا المدى فنقود معهم بأنه من المفيد أن يمر الإنسان بخبرة فصامية. فهو أمر لا ننصح به. فنحن نفضل تجنب الفصام ما أمكن لأن النتائج لا يمكن التأكد منها. لكن لا شك في أن كثيرا من المرضى يصلون، بفضل العلاج الدوائي والعلاج النفسي إلى درجة من النضج أعلى مما كانوا عليه قبل المرض.

أما إذا كنا نعني بالشفاء، اكتساب حالة من الحصانة تمنع تكرار النوبات المرضية مرة أخرى، فحينئذ نصبح في وضع لا نستطيع فيه أن نقطع بشيء. فالنتائج الإحصائية مازالت متضاربة، والطرق التي تستخدم في الوصول إليها لا تقبل إجراء مقارنة بينها. لكن بمقدورنا أن نؤكد أنه إذا ما نجح العلاج في تغيير السمات السيكولوجية الأساسية للمريض وكان بمقدوره

أن يعيد تنظيم جوانب شخصيته الأساسية فاحتمال حدوث انتكاسات يصبح أقل كثيرا. فالمرضى الذين يتم علاجهم بنجاح، يتعلمون، على المستوى العملي، كيف يتصرفون إزاء تحديات الحياة. ويتعلمون أيضا كيفية التعرف على الأمور التي لا قبل لهم بها وكيفية تجنبها. كذلك يتعلمون كيفية التعرف على ذلك النوع من القلق الذي حين يحدث لا تخف حدته بل تتزايد، وكيفية تجنبه.

وقد راجعت الحالات التي تم علاجها بكفاءة بمختلف أنواع العلاجات بما فيها العلاج النفسي المكثف، وتوصلت إلى أن تنبؤاتي المتفائلة بشأنها ثبتت دقتها في معظم الحالات. على أن بعض الحالات عولجت علاجا اعتبر كافيا لكنها انتكست فيما بعد. فقد ظلت ذات قابلية للمرض عند تعرضها لمواقف مثيرة للشعور بالخوف. على أنه من المهم أن نضيف هنا أن الانتكاسات في معظم تلك الحالات كانت من درجة متوسطة وأنها شفيت.

والنكسات الفصامية تقيم حاليا بصورة مختلفة عما كانت قبل التطورات التي حدثت في طرق العلاج الرئيسية وبخاصة العارفي النفسي الديناميكي المكثف. فالنوبة المرضية الثالثة كانت تعتبر في الماضي ذات دلالة حاسمة. إذ كانت تعني أن المريض قد دخل في مرحلة الفصام المزمن الذي لا شفاء له. لكننا نجد حاليا أن النوبة الثانية والثالثة تكون عموما أخف من سابقتها وأقصر مدى. وحدوثها لا يعني إطلاقا أن المرض أصبح مزمنا، ويجب أن يُطمّأن المريض وأسرته بهذا الشأن. ومسار المرض لا يصبح موضع شك شديد إلا حينما نجد النوبات التالية أشد خطورة من سابقتها. وقد وجد كثير من الأطباء النفسيين أن المرضى السابقين قد استطاعوا التوصل إلى أسلوب في الحياة مرض للغاية. فالبعض منهم قد وصل إلى مراكز مهمة في. عالم رجال الأعمال، وعالم الفنون، أو المجال الأكاديمي، وما إلى ذلك.

ولو بحثت عن صفة سلبية مشتركة بين المرضى الذين عالجتهم علاجا كافيا لوجدت أن نسبة كبيرة منهم قد تزوجوا بأشخاص أقل منهم ذكاء. إلا أن الصفة الإيجابية المشتركة بينهم هي أنهم يصبحون في نهاية الأمر قادرين على تحقيق الحب في حياتهم، وإن كان بدرجات متفاوتة.

على أن ذلك لا يعني أن متاعب المريض تختفي تماما بعد العلاج الناجح. وهناك عبارة شهيرة لفريدا فروم-رايشمان Frieda Fromm-Reichmann تقول

بأننا لا نستطيع أن نعد بحديقة وردية. إذ سيكون من غير الواقعي أن نعتبر الوعد بالحياة وعدا بحديقة مزهرة. فذلك أمر خيالي بالنسبة للمريض مثلما هو بالنسبة لنا نحن لكن الواقعي هو أن نعد المريض بما نعد به أنفسنا-أننا في المستقبل القريب أو البعيد سيكون لنا حديقتنا الصغيرة.

المرضى الذين يظلون في حالة مرضية متوسطة:

الصورة ليست وردية دائما. فقد ذكرنا أن نسبة تتراوح بين 30 إلى 40٪ من المرضى، لا يحقق العلاج لهم سوى نتائج جزئية.

وينتج عن ذلك أوضاع عديدة. فبعض المرضى على الرغم من وجود أعراض مرضية لديهم، يصبحون قادرين على تحقيق درجة من التكيف أعلى مما كانت لديهم قبل المرض والبعض الآخر تظهر لديهم أعراض مرضية بدرجة أكبر، بحيث لا نستطيع القول بأنهم قد تمكنوا من الوصول حتى إلى درجة التكيف على نفس المستوى الذي كان لديهم قبل المرض.

ولا يجب أن يطغى جو التشاؤم على الاعتبارات الأخرى في مثل تلك الحالات. ففي بعض منها، قد يستمر التحسن في الحدوث ببطء على مدى سنين عديدة. وأحيانا يكون التحسن بطيئا لدرجة تدق على الملاحظة، لكننا عندما نقيّم الحالة بعد مضي فترة طويلة، نلحظ تحسنا ملموسا. ويذكرني ذلك بطريقة التصوير ذات الحركة المتقطعة، فلو أننا صورنا نمو النبات وتفتح الزهور بالحركة العادية لحصلنا على شريط ساكن. إذ لا يبدو في صوره أي تغير. لكن بطريقة الحركة المتقطعة يتم تصوير النبات على فترات ثم تجمع الصور متتابعة، فنلاحظ النمو، والازدهار، عند رؤيتنا للنبات في لحظات مختلفة عبر فترة زمنية طويلة.

وإذا كان المريض يعيش مع أسرته، فيجب اتباع الطرق التي ذكرت في الفصل الثامن، وفي الحالات العديدة المغايرة، يجب الاستعانة ببعض الإمكانات المتاحة خارج الأسرة، وسوف نتحدث عنها في فقرة لاحقة.

والصور الإكلينيكية للمرضى الذين يظلون في حالة مرضية متوسطة، تتعدد وتتخذ أشكالا مختلفة. ففي عدد قليل من الحالات، نجد المريض شديد الإقبال على الحياة وعلى الاستمتاع بها، تماما مثلما يفعل بعض الأشخاص العاديين. لكننا نجد في معظم الأحيان، أن المريض يفتقد

التلقائية، والاندماج الانفعالي، كما يفتقد حس الالتزام، والرغبة في المشاركة والإسهام، إذ يصبح غير قادر على بدء فعل ما. ويحتاج إلى حفز مستمر، لكن ذلك يجب أن يتسم بالرقة واللطف الشديدين وإلا فقد يضر أكثر مما ينفع. وإذا طلب من المريض أن يركز تفكيره في موضوع معين، تجده غير قادر على ذلك، وتتسم استجابته بالنفور وعدم الوضوح. وقد تجد بعض المرض وقد استولت عليهم حالة من التشكك فيما يحدث حولهم. فيواصلون تفسير كل ما يحدث على أنه فعل مدبر خصيصا ضدهم. وفي بعض الحالات النادرة، نجد المريض يسمع أصواتا لا وجود لها ويعبر عن أفكار شديدة الغرابة، إلا أن المعدل الذي تحدث به تلك الأعراض لا يقارن إطلاقا بما كانت عليه الحالة المرضية الحادة. والبعض منهم يختزل نشاطاته الحياتية حتى تقتصر على بعض الأعمال الروتينية، وما لم تتم مساعدتهم بدأب وصبر، فستصبح حياتهم شديدة الفقر في محتواها السيكولوجي.

ولدينا هدفان أساسيان علينا أن نسعى للوصول إليهما مع المرضى الذين يظلون في حالة مرضية متوسطة.

1- التأكد من أن المريض مستمر في تعاطي العلاج الذي وصف له أثناء مرضه، ويتكون العلاج، الذي يجب أن يحدده الأخصائي، من نفس أنواع العلاجات التي تحدثنا عنها في الفصل السادس، مع بعض التعديلات.

2- الإعداد لتأهيل المريض واستئنافه حياته سواء في بيئته الأصلية أم في بيئة جديدة، واضعين في الاعتبار ما إذا كان المريض قد تخلص من بعض المعوقات التي سببها المرض أم لا.

ويمكن صياغة ذلك بصورة أخرى:

1- استعادة الصحة العقلية.

2- اكتساب القدرة على الحياة بصورة مقبولة على الرغم من بقايا المرض.

وهناك بعض القواعد العملية التي قد تفيدنا في التعامل مع المرضى الذين تحسنت حالتهم جزئيا وهي:

1- أولا وقبل كل شيء، علينا أن نتقبل حقيقة أن المريض، على الأقل لبعض الوقت لن يكون قادرا على استئناف جميع نشاطاته السابقة. وعلينا أن نتقبل تلك الحالة من القصور. وأن محاولة دفعه إلى عمل أشياء تتجاوز

قدرته تنطوي على مخاطر استعادة شعوره بالقلق الشديد مما قد يزيد حالته سوءا. وعلينا أن نقترب نحن منه أكثر مما نتوقع اقترابه هو منا. وعلينا أن نتذكر أن عملية التأهيل عملية طويلة المدى وليست مجابهة فورية.

2- يجب ألا يعامل المريض على أنه شخص غير مسئول، أو على أنه من المتوقع أن يؤذي نفسه أو يؤذى الآخرين. فالإحصائيات لم تبرهن إطلاقا على أن معدل العنف أو السلوك الإجرامي أعلى في الفصاميين منه في باقي الأفراد.

3- على الرغم من أن المريض ليس مدركا بالكامل للواقع، إلا أنه لا يزال يمتلك إلى حد كبير القدرة على تقييم أمور الحياة بشكل صحيح. فهو ليس متخلفا عقليا. ولا يجب أن يعامل كطفل، أو كشخص أقل من الآخرين، أو كشيء. فيجب أن نحترم دائما كرامته كإنسان. ويجب أن نبث فيه الثقة والأمل. ولا يجب أن ننهال عليه بأسئلة من مثل: «لماذا فعلت ذلك؟» أو «لماذا قلت ذاك؟» أو لماذا «لا تتكلم؟». ولا يجب أن نقول شيئا يجعله يشعر بأنه متهم، أو قليل الشأن، أو مرفوض، أو موضع استجواب.

4- على الرغم من أن المريض قد يبدو غير شاعر بما حوله، ومنسحبا من العالم، إلا أن علينا أن نتذكر أنه يتأثر بما يحدث حوله حتى لو لم يبد أية استجابة ظاهرة، فهو لحساسيته المفرطة يرتدي درع الجمود الانفعالي.

5- مرضى الفصام، إذا استفزوا بصورة زائدة، أو عوملوا بقسوة، أو إذا طلب منهم فعل شيء لا قبل لهم به، قد يصبحون عدوانيين، وعلى أية حال، يجب حينما يعبر المريض عن معتقدات ضلالية تفيد أنه موضع تحقير، أو سخرية، أو اضطهاد، أن يبلغ ذلك مباشرة للطبيب النفسي وليس لأي من معاونيه.

6- على الرغم من أن المريض تظل لديه أعراض أو آثار للمرض، إلا أن الجزء الأكبر من قواه العقلية يظل سليما. ويجب أن نتعامل مع هذا الجزء السليم. فيجب أن نوضح الأمور ونشرحها، لكن بالقدر الذي يستوعبه. ويجب ألا نحجم عن شرح نفس الموضوع مرة ومرات.

وفيما عدا ذلك تتحدد طرق التعامل مع المرضى ذوى الدرجة المتوسطة وفقا لحاجاتهم الخاصة والفردية. والجو العام يجب أن يكون على غرار ما

وصفناه في الفصل الثامن. ويجب أن يعلم المرضى أن باستطاعتهم توقع التحسن. ويجب في نفس الوقت أن يلتزموا قدر استطاعتهم ببرنامج أو خطة توضع لهم خصيصا.

فإذا حدث رغم كل ذلك، أن انتكس المريض وأظهر سلوكا طفليا أو انساق وراء نوبات من الغضب، أو الصياح، أو البكاء، خارجة عن سيطرته، فإن ذلك يعني أن جو الأسرة ليس أفضل مكان للتأهيل.

ويعتقد عدد كبير من الاختصاصيين، أن المريض إذا ظل في درجة متوسطة من المرض، فيجب على الأسرة ألا تحاول القيام بعملية التأهيل* وأود أن أؤكد أن هذا الرأي لا يحظى بالإجماع. فكثيرا ما نجد أنفسنا أمام مجموعة أخرى من الوقائع: فقد تكون الأسرة راغبة في المشاركة بالكامل في عملية التأهيل، لكن ظروفا خاصة (مثل وجود أطفال أو وجود سيدة حامل، أو شخص معوّق، أو وجود شعور بالعدائية أو الاستياء تجاه المريض أو وجود حساسية زائدة أو عدم استقرار انفعالي لدى بعض أفراد الأسرة) تجعل من الضروري أن تتم عملية التأهيل خارج الأسرة بمجرد خروج المريض من المستشفى.

ولحسن الحظ يوجد عدد كبير من المؤسسات التي تقوم بتأهيل المرضى المتوسطي الدرجة، كما أن عدد المرضى الذين يستفيدون منها في تزايد سريع. وتعتبر الإقامة الطويلة بالمستشفى، حتى بالنسبة للمرضى الذين تزيد حالتهم المرضية عن الدرجة المتوسطة، أمرا غير مرغوب فيه لعدة أسباب. ففي كثير من الأحيان، يؤدي ذلك إلى ما يسمى بالعصاب أو الذهان المؤسساتي-institution al neurosis or psychosis وهي حالة تتميز بفقدان الفردية، والاستسلام، والجمود الانفعالي، والانطواء على الذات.

والإمكانيات العلاجية والتأهيلية متوفرة في كثير من المستشفيات النفسية أيضا. إلا أنها تظل قائمة داخل الجو المغلقsheltered للمستشفى، والطريقة التي يتكيف بها المريض معها، لا تعتبر مقياسا لطريقة تكيفه مع نفس الإمكانيات حين توجد خارج المستشفى، حيث يصبح أكثر قربا من الحياة ومصاعبها.

ويتجه الرأي هذه الأيام إلى تأهيل المريض داخل مؤسسات تقيمها الجماعات الاجتماعية، على أساس أن المريض سيعود مرة أخرى لأسرته

بعد قضاء فترة التأهيل. حيث تتبع التوصيات والطرق التي تحدثنا عنها في الفصل الثامن. ويجب أن نؤكد مرة أخرى أن هدف التأهيل في المؤسسات الاجتماعية ليس إبقاء المريض داخلها كبديل للمستشفى وإنما الهدف النهائي هو عودة المريض لأسرته أو لأسرة بديلة. فإذا تعذر تحقيق ذلك الهدف بسبب تقدم عمر المريض أو بسبب عدم وجود أسرة، فعندئذ فقط يمكن ترتيب إجراءات أخرى واعتبارها هدفا نهائيا.

وإذا كنا نعنى بتعبير استعادة التكامل داخل الجماعة أو العودة إلى الجماعة أن يصبح المريض جزءا من مجموع أفراد الجماعة، عقب خروجه من المستشفى مباشرة ودون المرور بالمؤسسات التأهيلية الخاصة، فيجب أن ندرك أننا إنما نستخدم عبارة مهذبة. فنحن نستخدم تعبيرات هي من قبيل التمنيات لأنها تفترض شروطا اجتماعية غير قائمة. فالحياة خارج المستشفى في منطقة مزدحمة بالسكان لا تعني بالضرورة أن يصبح المرء عضوا في تلك الجماعة. فالجماعات التقليدية-حيث يعرف الناس بعضهم بعضا وتنشأ بينهم مصالح واهتمامات مشتركة وتكافل اجتماعي-نادرة الوجود هذه الأيام حتى بالنسبة للناس العاديين بسبب التصنيع، وإقامة مراكز حضرية كبيرة، وسرعة انتقال السكان من مكان إلى آخر.

مراكز التأهيل في المجتمع:

خلفية تاريخية:

في عام 1955 جاء في تقرير لجنة مشتركة للأمراض العقلية والصحة ما يلي «يبدو أن الخبرة المتحصلة لدى عيادات خارجية معينة تابعة لجماعات خاصة ولدى مراكز للتأهيل تشير إلى أن كثيرا من المرضى العقليين يعالجون بالعيادات الخارجية بصورة أفضل وبتكلفة أقل كثيرا من المستشفى» واقترحت اللجنة المشتركة في تقريرها النهائي عام 1961 والمسمى «قانون الصحة العقلية»، أنه يجب تقليل حجم المستشفيات النفسية وزيادة مواردها، ومد خدماتها إلى المجتمع. وأوصت اللجنة بعودة المريض لأسرته وللحياة الاجتماعية على أسرع وجه ممكن وبقائه في المجتمع تحت رعاية المستشفيات النهارية، والمستشفيات الليلية، وعيادات رعاية الناقهين، والخدمات التمريضية التابعة للصحة العامة، ورعاية الأسر البديلة، وبيوت تمريض

الناقهين، ومراكز التأهيل، ومراكز العمل، وجماعات المرضى السابقين... طالما كانت تقوم بوظيفتها على نحو سليم، ولديها الكفاية من العاملين وكانت تعمل في إطار نظام متكامل لخدمة المرضى العقليين.

وفى عام 1963 أرسل الرئيس كيندي إلى الكونجرس، أول رسالة يبعث بها رئيس للولايات المتحدة للكونجرس بخصوص الأمراض العقلية، وقد دعا فيها إلى تبني موقف جديد تجاه الأمراض العقلية حيث قال إن «الأساليب التي تتسم بالبرود التي كانت تنطوي عليها الطرق القديمة للعلاج بالمستشفيات يجب أن تستبدل بها طرق جديدة تعتمد على الدفء الرحب لاهتمام الجماعة الاجتماعية وإمكانياتها». وكان هذا الموقف الجديد متفائلا أكثر مما يجب بالنسبة لطائفة معينة من المرضى-أولئك الذين ظلت حالتهم على نفس الدرجة وأصبحت مزمنة. وسنتحدث عنهم لاحقا. إلا أن هذا الاتجاه كان بالنسبة للمرضى من الدرجة المتوسطة علامة لعصر جديد وفتح أمامهم إمكانيات جديدة (*).

المراحل الانتقالية الأولى: المستشفيات الليلية والمستشفيات النهارية:

حينما يغادر المرضى المستشفى حيث كانوا يعيشون تحت الحماية بعيدين عن أسرهم فإنه يصبح عليهم أن يمروا بمراحل انتقالية مختلفة من مراحل التأهيل. وقد تكون الخطوة الأولى لبعض منهم هي المستشفى الليلية. فبعض المرضى ينتابهم شعور بالقلق ليلا، إما بسبب خوفهم من شيء ما حولهم وهو خوف تزداد حدته ليلا وإما بسبب خوفهم من أنفسهم أي خوفهم من أن تنطلق لديهم دوافع وأعراض مرضية حينما يأتي الليل.

ويمضي المستشفى النهارية خطوة أبعد من ذلك. وهى ذات قيمة خاصة لأنها يمكن بسهولة أن تحل محل المستشفى، كذلك يمكنها تقديم برامج تأهيلية ممتازة.

وقد كان الروسي زاجاروف M.A.Dzhaharov أول من أنشأ مستشفى نهارية عام 1933، لكن ذلك المشروع ظل مجهولا للغرب لعدة سنوات. وفي أمريكا أنشئت أول مستشفى نهارية عام 1947 في مونتريال بواسطة اوين كاميرون Ewen Cameron. وفى إنجلترا أنشأت Joshua Birer مستشفى مماثلة

(*) حدث تطور ما به في نفس الفترة في بلدان أخرى بما فيها المملكة المتحدة.

عام 1948. وقد تزايدت المستشفيات النهارية في الولايات المتحدة بسرعة وبخاصة بعد عام 1963 حيث كان على أي مركز اجتماعي للصحة العقلية- لكي يحصل على دعم مالي من الحكومة الفيدرالية-أن يكون لديه مركز رعاية نهارية. فبينما كان عدد المستشفيات النهارية في الولايات المتحدة- عام 1960- 37 أصبح لديها 146 مستشفى في مارس 1964. ومنذ ذلك الحين اخذ عددها يتزايد باضطراد. ويشترط في مرضى المستشفيات النهارية أن تسمح حالتهم المرضية بأن يقيموا مع أسرهم ليلا دون كبير عناء وأن يكون بمقدورهم الحضور للمستشفى والعودة منه.

وتتمتع المستشفيات النهارية بميزات عديدة، فهي أقل تكلفة من المستشفيات التقليدية. ولا حاجة بها لوجود قاعات نوم للمرضى. وتكاليف أجور العاملين تقل لكونهم يعملون فترة واحدة بدلا من ثلاث فترات في اليوم، ولكونها تعمل خمسة أيام في الأسبوع فقط. وبعض النظم التقليدية للمستشفيات العادية تصبح لا ضرورة لها. فاختبار سلوك المريض في بيئته العادية لا يتطلب منحه إجازة، لنصف يوم أو في نهاية الأسبوع، ليقضيها مع أسرته. فالمريض لا يشعر بأنه معزول داخل مؤسسة مغلقة. ولا يشعر بأنه على وشك أن يفقد صوابه، أو أنه عبوس وراء أبواب مغلقة، أو أنه منعزل عن العالم. إذ يظل محتفظا بروابط كافية مع أسرته وبيئته الاجتماعية لكن تلك الروابط لا تكون من القوة بحيث تحدث له صراعات أو اضطرابات. فالمستشفيات النهارية تزيل الانقطاع الحاد بين الحياة الأسرية من ناحية، والحياة الدائمة داخل المستشفى من ناحية أخرى، ذلك الانقطاع الذي يمكن أن يؤدي إلى نتائج غير سارة. والمستشفى النهارية لديها بالطبع الإمكانيات التي للمستشفى ذات الإقامة الدائمة (والتي تحدثنا عنها في الفصل السابع).

لقد تحدثت حتى الآن عن المستشفى النهارية بوصفها مرحلة انتقالية من الإقامة الدائمة في المستشفى إلى الحياة مع الأسرة. إلا أن كثيرا من المرضى يمكن لهم من البداية أن يعالجوا بالمستشفى النهارية دون الذهاب أولا إلى المستشفى التقليدية. وهو أمر يحدث كثيرا حينما يواصل المريض زيارته لطبيبه النفسي بانتظام.

والمستشفى النهارية لا ترتبط في ذهن الكثيرين بالأفكار الشائعة حول

المستشفيات العقلية. فكثير من المرضى الذين يرفضون فكرة دخول مستشفى أمراض عقلية لا يمانعون في الذهاب إلى المستشفى النهارية. والأسرة أيضا تتقبل تلك الفكرة دون صعوبة. ولعل تعبير المركز النهاري يبدو أكثر صوابا من تعبير المستشفى النهارية ويجب أن يشيع استخدامه.

البيوت الانتقالية (بيوت منتصف الطريق) وما شابهها:

بيوت منتصف الطريق هي مراكز للإقامة تقام لتلبية احتياجات المرضى الذين هم في منتصف الطريق بين الحالة التي كانوا عليها داخل المستشفى وبين التأهيل الكامل. ولا يجب أخذ تعبير منتصف الطريق حرفيا. فبعض المرضى يكونون قد قطعوا شوطا أكبر من منتصف الطريق، والبعض يكونون لم يصلوا إليه بعد. وبعض بيوت منتصف الطريق يكون معدا أيضا كمراكز نهارية. والمقيمون بتلك البيوت غير المعدة لأن تكون أيضا مراكز نهارية يمكنهم التردد بانتظام على تلك المراكز أثناء النهار.

وأكثر أنماط بيوت منتصف الطريق شيوعا هي تلك التي كانت قبل ذلك بيتا للضيافة أو بيتا قديما تبرع به محسن. و كثير من تلك البيوت يضع حدا أقصى للمدة المسموح بها لإقامة الفرد (وهي تتراوح فيما بين ستين يوما وسنة)، لكن معظمها لا يتشبث بصرامة بتلك القاعدة. وسياسة وضع حد لمدة الإقامة لا تتيح فقط لعدد أكبر من المرضى أن يستفيدوا بتلك البيوت بل تذكرهم أيضا بأن إقامتهم بها ليست دائمة. فيصبح عليهم أن يعملوا من أجل عودتهم للاندماج بالجماعة.

وبيوت منتصف الطريق لا تستهدف عادة تحقيق ربح. فالبعض منها لا يتقاضى أجرا على الإطلاق، وإن كان البعض الآخر يتقاضى أجرا عاليا. والعاملون لديها معينون بصفة دائمة ومدربون على معالجة المشكلات النفسية، على الأقل على المستوى السلوكي-العملي. وقد ينضم إلى هيئة العاملين أخصائيون اجتماعيون أو متطوعون. ومن يقيم بها عليه أن يلتزم بدرجة من النظام ويحترم القواعد المعمول بها. على أن النظام لا يكون عادة متشددا، والخروج عليه من جانب أي فرد تتم مناقشته بين المجموعة قبل أن تتخذ بشأنه إجراءات نظامية. ويتناوب الأفراد المقيمون بتلك البيوت القيام بوظائف دورية فيما بينهم.

وعلى الرغم من أن الجو العام الذي يسود تلك البيوت يتسم بالصداقة والتسامح إلا أن سياستها العامة قد تختلف من بيت لآخر. ولذلك، يجب اختيار البيت الأكثر توافقا مع الاحتياجات الخاصة للمريض. وبعض تلك البيوت يطلق عليها اسم المراكز ذات التوقعات العالية. حيث يجب على المريض أن يلتحق بدراسة ما أو بعمل ما أو بكليهما. وفي بعض البيوت الأخرى تجد تلك التوقعات ذات درجة متوسطة.

وتتسم تلك البيوت جميعا، بأنها لا تشجع التسامح الشديد تجاه المرضى، وإلا أصبح جوها مماثلا لما هو سائد في مستشفيات المرضى المزمنين من حيث أنها لا تتخذ إجراءات لمقاومة الأعراض النكوصية، والسلبية، وإهمال المرضى لأنفسهم. ويقال إن البيوت ذات التوقعات العالية تتفوق في نتائجها بالمقارنة بالبيوت ذات التوقعات المنخفضة، إلا أنه من الصعب أن نحدد إلى أي مدى يعتمد ذلك الفرق على الاختيار الأصلي لنوع الرواد. ولسوء الحظ لا يوجد عدد كاف من تلك البيوت لتلبية الحاجة الكبيرة إليها وبخاصة في بعض أجزاء الوطن. وتقدم تلك المؤسسات خدماتها أيضا لمرضى نفسيين غير مرضى الفصام. إلا أنها لا تقبل مدمني الخمر، والعقاقير، ومرضى الانحرافات الجنسية. وبعض تلك البيوت معد للإقامة طويلة المدى ولديه إمكانيات لتوفير عمل لرواده. والبعض منها الذي يوجد في مناطق ريفية يطلق عليه مزرعة أو ضيعة.

وقد أشاد د. إسرائيل زفيرلنج Israel Zwerling، الذي قام بأبحاث كثيرة حول رعاية المرضى بعد خروجهم من المستشفى، أولا بتكوين مجموعة صغيرة من المرضى خلال علاجهم بالمستشفى، وثانيا بجعلهم يغادرون المستشفى معا كوحدة واحدة ويقيمون معا في إحدى المؤسسات الاجتماعية. وفيما يلي ما ذكره عن العمل الذي قام د. فيرويزر Fairweather ومساعدوه لنزلاء المستشفى التابع لإدارة المحاربين القدماء في بالو التو:

«لقد درسوا (أي د. فيرويزر ومساعدوه) مجموعة مكونة من خمسة وسبعين مريضا مزمنا ثم غادروا المستشفى معا إلى أحد «الموتلات» بعد أن تمت مناقشة المشاكل المحتمل مواجهتها في المجتمع وحلولها الممكنة، وفقا لخطة استغرقت أربعة أسابيع. وكان المرضى هم الذين يقومون بتنظيم الحياة في «الموتيل» بالكامل، فيما عدا زيارات بين الحين والآخر يقوم بها

أحد أفراد المستشفى لأداء مهمة خاصة. وكان التعاقد على الوظائف يتم باسم «الموتيل» وليس باسم الأفراد المقيمين فيه، بحيث إذا لم يستطع أحد المرضى القيام بمسئوليات عمله لتوعك في صحته أو لعجز مؤقت في قدراته، أمكن لآخر أن يحل محله ويظل «الموتيل» محتفظا بالوظيفة. وكان توزيع الوظائف والأعمال المعيشية مثل من الذي يقوم بالمشتروات أو طهي الطعام أو ترتيب الكتب وما إلى ذلك من الأعمال الضرورية لسير الحياة داخل «الموتيل»، وكذلك من الذي يقوم بأداء مهام هذه الوظيفة أو تلك خارج الموتيل كل ذلك كان يتم خلال اجتماعات يعقدها النزلاء أنفسهم. وكانت النتائج مثيرة للإعجاب للغاية: فخلال الشهور الستة الأولى، أصبح 63٪ من النزلاء بغير حاجة للمستشفى والتحق 50٪ منهم بوظائف ذات يوم كامل، بينما كانت النتائج في مجموعة ضابطة اختيرت بدقة: أن 24٪ ظلوا خارج المستشفى، و 3٪ استطاعوا الالتحاق بوظائف خلال فترة الشهور الستة الأولى. وظلت الفوارق بين المجموعتين عالية طوال فترة المتابعة التي استغرقت ثلاثين شهرا. ومن الأمور ذات الدلالة الكبيرة أنه لم يكن هناك فرق واضح في الأعراض المرضية لدى أفراد المجموعتين إذا أخذ كل على حده، إذ أن جو الحياة في «الموتيل» جعل الأعراض غير ذات أثر سلبي على نزلائه من المرضى. فقد أتاح النظام الاجتماعي للموتيل درجة عالية للغاية من التكافل بين المرضى، بحيث إذا أصاب أحدهم عجز ما، من شأنه أن يجعله غير قادر على ممارسة الحياة الاجتماعية لو كان يحيا بمفرده، تتكفل المجموعة في الموتيل بتعويض أثره. وهناك بعض مؤسسات التأهيل يصعب تعريفها لأن لها بعضا من سمات المراكز النهارية، وبيوت منتصف الطريق، ونوادي المرضى السابقين. وقد كانت أول مؤسسة تقام من هذا الطراز هي «فاونتين هاوس» في نيويورك، ولعلها مازالت أفضلها.

وقد انشأ مرضى مستشفى روكلاند الحكومي، تلك المؤسسة في أوائل الأربعينيات وفي عام 1948 خصصت ميزانية لشراء بيت حجري بني اللون في وسط مانهاتن. وفي الخمسينيات زودت ببرنامج نهاري تحت إشراف جون بيرد John Beard. وتهدف مؤسسة «فاونتين هاوس» إلى مساعدة نزلائها على اكتساب حس بالانتماء وشعور بأن المجتمع في حاجة إليهم. وتحاول خلق نوع جديد من الأسرة الممتدة التي تتبنى مواقف تجاه الصداقة، والعمل

الجماعي، والمساعدة المتبادلة بين الأفراد، مختلفة عن المواقف المعتادة.

والعبارات التالية التي أوردها مديرها، جون برد، في دراسة نشرتها لجنة المعلومات التابعة لجمعية الطب النفسي الأمريكية بالمشاركة مع الجمعية القومية للصحة العقلية، تعبر ببلاغة عن طبيعة تلك المؤسسة إذ تقول:

«يحتاج الناس إلى الشعور بأهميتهم، ولكي يتحقق ذلك يجب أن يتواجدوا في بيئة ذات طبيعة تتيح لهم تنمية الشعور بالأهمية. ولأننا نتعامل مع عملاء لا يتوقع منهم الكثير يشعر موظفونا بأهمية أي نجاح أو إنجاز يتحقق. خذ مشروع المطعم لدينا، إذ يعمل به سبعة عشر شخصا ممن هم شديدو المرض، ومعوقين مهنيا، وهم يكسبون دخلا حقيقيا، في مشروع عمل حقيقي يحقق ربحا ويتجاوب موظفونا مع هذا النوع من النجاح.

ولو تقدم أفضل النزلاء لدينا، وأكثرهم قربا من الشفاء، للفحص الطبي لدى طبيب نفسي مقيم، وكان ذلك الطبيب ماهرا، فسيشخص حالته بأنها فصام. لكن ذلك أمر لا أهمية له لأن ذلك الشخص يؤدي وظيفة في المجتمع. والتشخيص هنا يظل مجرد تشخيص أكاديمي. لذلك فإن قناعتي هي أن السبب الذي يجعل الفصاميين الموجودين في المجتمع على حالتهم تلك، إنما هو أننا أخفقنا في أن نتيح لهم نوع الخبرات التي تنمي لديهم وظائف الأنا إلى أقصى حد ممكن».

وقد أضاف بيرد قائلا إن موظفي «فاونتين هاوس» لا يهتمون بالحالة المرضية في ذاتها، ولا بالخلفية الشخصية للمريض، وإنما يهتمون بتعليم المرضى ما يحتاجون معرفته ويمنحونهم الدعم اللازم لكي يصبحوا قادرين على العمل وعلى الحياة في المجتمع وعلى أن تكون حياتهم طيبة.

وقد كان لدى «فاونتين هاوس» وقت كتابة ذلك التقرير (1971) ستة وخمسين موظفا متفرغا وعشرة موظفين غير متفرغين. وعندما أقيم مبنى «فاونتين هاوس» الحالي، عبر الطريق من المبنى الأصلي إلى شارع رقم 47، بلغت تكاليف البناء حوالي 2 مليون دولار. وأكثر من 80٪ من أعضائه تشخصت حالتهم على أنها فصام. وهناك أكثر من 300 شخص يشاركون في أنشطته النهارية، ويشارك عدد أكبر من ذلك كثيرا في الأنشطة المسائية وأنشطة عطلة نهاية الأسبوع. ويتيح البرنامج الاجتماعي للرواد خيارات كثيرة فيمكنهم الاستماع للموسيقى، أو المشاركة في أنواع شتى من الألعاب

أو مشاهدة التليفزيون ضمن المجموعة. وتتضمن الأنشطة، التي تمارس معظمها في المساء وفي العطلات. مشاهدة المسرحيات، والتصوير، والسباحة، وكرة السلة والذهاب إلى دور السينما، والمناقشات الجماعية والنزهات.

ويعتبر البرنامج المهني، أكثر نشاطات مؤسسة، فاونتين هاوس إثارة للإعجاب وهو يهدف لإعداد المريض للعمل والحصول على وظيفة له. وينقسم إلى مرحلتين:

1- مرحلة النشاطات قبل المهنية وهي تمارس داخل مبنى المؤسسة. إذ يعمل الأعضاء في مكتب الاستقبال، أو الكانتين thrift shop، أو في الكافتيريا، أو في المطعم، أو في أماكن النشاطات التعليمية، وما إلى ذلك.

2- مرحلة التوظيف في عدد كبير من المؤسسات والمحلات بمدينة نيويورك وقد شاركت في البرنامج مؤسسات كبرى مثل سرز sears، وروبك-Roe buck ومجلة النيوزويك، والبنوك الكبرى، وقدمت «وظائف مؤقتة» لأعضاء مؤسسة «فاونتين هاوس».

ومن مراكز التأهيل الهامة الأخرى: هورايزن هاوس في فيلادلفيا وكاونسيل هاوس في بيتسبرج، وثريشولدز في شيكاغو، ويورتال هاوس في لوس انجيلوس، وهل هاوس في كليفيلاند.

التأهيل المهني ونوادي المرضى السابقين:

وتوجد بالإضافة للبرامج التي تقوم بها بيوت منتصف الطريق مراكز التأهيل، برامج أخرى للتأهيل المهني تقوم بها مؤسسات أخرى، ونأمل أن تتزايد تلك المؤسسات أكثر فأكثر. وهناك المؤسسة التي تسمى س. ر. ب. (برنامج التأهيل الصناعي للمستشفى الأهلي) وهي تابعة لإدارة المحاربين القدماء في بروكتون، وماساتشوستس. ويتقاضى المرضى أجرا عن العمل الذي يؤدونه خلال التحاقهم ببرامج العلاج التعليمي والتدريب على الفنون اليدوية.

وتقبل المصانع الـ 141 المشاركة في البرامج القومية تحت رعاية مؤسسة جودويل اندستريس أفرادا ذوي تاريخ مرضى نفسي. كذلك تقبل مصانع «ألترو»، وهي جزء من «المركز التأهيلي للمرضى المزمنين المنتكسين» مرضى

نفسيين للعمل بها. وتتكون الجمعية القومية للمصانع المتكفلة برعاية العاملين shltered من 1300 مصنع، من بينها حوالي ألف مصنع يقبل الأفراد ذوي المرض النفسي.

وهناك نواد عديدة لديها برامج مماثلة لبعض مراكز التأهيل، وأكبرها ما يسمى «ريكفري، إنكوربوراتد» وقد أقيم عام 1937 ويضم حاليا ما يقرب من000ر5 عضو.

وقد توجد في المملكة المتحدة مؤسسات مشابهة لتلك التي لدى الولايات المتحدة لكن معدل نمو تلك المؤسسات لا يواكب السياسة الحديثة القائمة على زيادة معدل إخراج المرضى من المستشفى. والخدمات الأهلية لم تنجح في احتواء الأعداد المتزايدة باستمرار من المرضى الذين يحيون في المجتمع. لذلك أنشئ العديد من المؤسسات المماثلة لبيوت منتصف الطريق بواسطة مؤسسات خيرية أكثر منها بواسطة هيئة الصحة القومية. إلا أن كثيرا من السلطات الصحية المحلية بالمشاركة مع مكاتب الخدمة الاجتماعية، قامت بإنشاء دور إقامة وبيوت منتصف طريق لتأهيل المرضى النفسيين. وقد أنشأ د. دوجلاس بينيت-Douglas Bennett من مستشفى مودسلى بلندن مركزا لخدمة الحي، وهو يأمل في تزويده برعاية طبنفسية متكاملة لأفراد الجماعة المحلية المقيمين في المنطقة التي توجد بها المستشفى. وسوف تضم تلك الخدمات بيوت منتصف طريق، ودور إقامة لديها موظفين مدربين، ودور إيواء لا تخضع إلا لإشراف بسيط. ونأمل أن يستفيد المرضى من تلك الخدمات الواحدة تلو الأخرى متزودين بقدر أكبر فأكبر من القدرة على العودة للتكامل مع الحياة الاجتماعية. وإن كان ذلك للأسف أمر غير شائع.

الحالات المرضية الشديدة والمزمنة:

علينا أن نعالج الآن أشد الموضوعات إزعاجا في هذا الكتاب، وهو مشكلة المرضى الذين لا يشفون من مرض الفصام، ليس هذا فحسب، بل إن حالتهم المرضية تشتد وتصبح مزمنة وإذا كان قارئ هذا الكتاب قد حدث أن تشخصت حالته في الماضي البعيد أو القريب على أنها فصام، فيجب ألا يعتبر نفسه واحدا ممن سنتحدث عنهم. إذ لو كان واحدا منهم لما استطاع أن يقرأ هذا الكتاب بل لما استطاع أن يتجاوز الصفحات الأولى

منه. وعلى ذلك، فما سيرد في هذا الجزء من الكتاب لا ينطبق عليه.

على أن هناك نقطة سارة يجب ذكرها ونحن بصدد مناقشة حالة أولئك المرضى، تلك هي أن عددهم في تناقص مستمر. وفضلا عن ذلك، فإن عدد من يصل منهم إلى أشد المراحل خطورة في تناقص كبير.

ولا يستطيع أيّ من أولئك المرضى بذل مجهود ذهني كبير. وتتنوع الصور الإكلينيكية بين أكثرهم مرضا. فبعضهم يستمر في حالة من الهيجان، والعدوانية، والميل للتدمير ويتحدث بصوت مرتفع محدثا أصواتا متخيلة. وقد تستمر الأفكار الإضطهادية راسخة كما كانت في المراحل الأولى. لكننا نجد لدى الغالبية منهم أن الهلاوس والضلالات قد اختفت أو لم تعد ظاهرة. وفي بعض الحالات تظل موجودة لكنها تفتقد تماما أي تناسق كما تفقد شحنتها الانفعالية. وتعاني عمليات التفكير لديهم من تشوش خطير إلى درجة أن أفكارهم لا يمكن فهمها إلا بصعوبة بالغة. ونجد لدى البعض منهم عادات غريبة مميزة للمراحل المتقدمة من تفكك الشخصية. فمنهم من يجمع عددا من الأشياء، عادة ما تكون صغيرة الحجم، ودون فائدة عملية. ويجمعونها في جرم تبدو لهم قيمة للغاية ويحافظون عليها كما لو كانت ممتلكات ثمينة.

وفي دراسة أجريتها منذ سنوات طويلة حول المرضى المزمنين والذين هم في حالة نكوص، وجدت أن بعض المرضى قد جمع في حزم أشياء مثل: الأوراق من أي نوع-خطابات قديمة، أوراق تواليت، ورق جرائد، وقطع من الأخشاب، أو الأحجار، أو أوراق الشجر أو الحصى، أو قطع الصابون، أو الحبال الرفيعة، أو الخرق، أو دبابيس الشعر، أو فرش الأسنان القديمة، أو الأسلاك، أو الفناجين، أو الريش، أو الفواكه، أو بقايا الطعام أو الشعر، أو أقلام الرصاص، أو أقلام الحبر، أو أمشاط، أو علب صغيرة، أو ورق كرتون وما إلى ذلك. ولا يقتصر ذلك على المرضى الذين قضوا سنين طويلة في المستشفيات العقلية فقد يحدث أحيانا أن نرى من بينهم مرضى غادروا المستشفى، وفي أحيان أقل نجد تلك العادة لدى مرضى لم يدخلوا المستشفى أصلا، يسيرون في شوارع المدن يحملون كل ما لديهم من تلك الأشياء كما لو كانت جزءا من شخصيتهم.

وقد يجمع المرضى الأقل نكوصا والذين نشأت لديهم تلك العادة حديثا

أشياء ذات استخدام عملي أو دلالة رمزية-خطابات، صور، جرائد حديثة، إلا أنهم مع تقدم حالاتهم المرضية يأخذون في جمع تلك الأشياء ليس بهدف استخدامها وإنما بهدف جمعها فحسب. ولا يقتصر الأمر على عدم استخدامهم لما جمعوه فحسب، بل يبدأون في جمع أشياء أخرى غير ذات نفع أيضا.

وعادة جمع الأشياء تلك، على شذوذها، ذات معنى. فالأشياء التي لا نفع لها التي يجمعها المريض ذات نفع له. فهي تمثل الأثر الباقي لعلاقته بالناس والأشياء، فهي البديل للعلاقات الهامة التي كانت لديه ذات يوم أو التي كان يتمنى أن تكون لديه، فهي تبقى على بعض الروابط بالعالم الخارجي. ولا يوصى بحرمان المريض من أشيائه تلك ما لم يصبح مستحيلا الاحتفاظ بها في حجرته بسبب حجمها أو عددها.

وتنشأ لدى بعض المرضى، وبخاصة من النساء، عادة تزيين أنفسهم بصورة غير عادية وملفتة للأنظار، وبادية الشذوذ في نظر الآخرين. إذ يستعملن طلاء الشفاه والمكياج بصورة مبالغ فيها، وقد يطلون جزءا كبيرا من وجوههن بالمساحيق. وقد يصنعن غوايش وخواتم وعقودا من بقايا الورق والخرق. وكثير من المرضى من الجنسين يزينون أنفسهم بوضع أشياء مثل الأزرار أو الأختام، أو العلب الصغيرة، أو السدادات المصنوعة من الفلين أو العملات المعدنية، على صدورهم. ويجب أن تفهم تلك العادات على أنها تلبية لحاجة لديهم لعمل شيء ما، فهي بمثابة المحاولات الأخيرة لعمل أشياء، تبدو لهم، سبلا لتحسين أنفسهم.

أما المرضى الذين يصل بهم المرض إلى مراحل أكثر تقدما، فإنهم يفقدون القدرة على التحكم في التبول، ولا يستطيعون ارتداء ملابسهم بأنفسهم، كما لا يستطيعون قضاء حاجاتهم الخاصة. وتتحول حياتهم إما إلى سلبية تامة أو إلى سلوك اندفاعي انعكاسي غريزي. والبعض منهم يضع في فمه أشياء يحاول أكلها سواء أكانت صالحة للأكل أم لا.

وأكرر القول بأن المرضى الذين يصلون إلى تلك المراحل المتقدمة أصبح عددهم بالغ القلة هذه الأيام. ولو زرنا القاعات المخصصة لهؤلاء المرضى في المستشفيات العقلية الحالية لوجدنا أن معظمهم بدأ المرض لديه منذ وقت طويل، وأن البعض منهم قد دخل المستشفى قبل ظهور طرق العلاج

الحديثة.

وقد نجح العلاج الدوائي في تخليص المرضى من سلوكهم المتسم بالصياح، والعنف والعدوانية، لكنه مازال أقل تأثيرا في علاج تلك الأعراض النكوصية والعادات البدائية.

والمشكلة هي، ماذا نستطيع أن نفعل من أجل أولئك المرضى ذوي الحالات المزمنة والخطيرة، وإذا كانوا لا يستطيعون العودة للحياة العادية، فما الذي نستطيع عمله لكي نجعل حياتهم أكثر يسرا وأكثر جدوى بقدر الإمكان؟ وكيف يمكننا مساعدتهم على ألا يكونوا معوقين لحياة الآخرين؟ هناك إمكانات عديدة، لكنها جميعا لسبب أو آخر، ليست كافية. وسوف نتناول كلا منها على حدة ويمكن إيجازها فيما يلي:

1- العودة للحياة الأسرية.
2- العلاج الطبنفسي.
3- الإقامة الدائمة بالمؤسسات العقلية.
4- احترام حقوقهم الإنسانية.
5- إعادة التكامل بينهم وبين المجتمع.

وفيما يختص بمجموعة المرضى التي سنتحدث عنها فيما يلي، نجد أن صور تفكك الشخصية لديهم تتعدد، وقد يستجيب بعضهم لوضع معين أكثر من سواه.

العودة للحياة الأسرية:

تعتبر عودة هذا النوع من المرضى إلى أسرهم أشق بكثير مما هي بالنسبة للمرضى من الدرجة المتوسطة. فأولا وقبل كل شيء، نجد أن العبء أشد وطأة بكثير، إذ على الأهل في هذه الحالة أن يعتنوا حتى بأبسط احتياجات المريض.

وثانيا، غالبا ما يشعر الأهل أن تحملهم عبء ذلك العمل الشاق، يعتبر قضية خاسرة وجهدا مشكوكا في جدواه إذ يسود لديهم شعور بعدم الجدوى، وأيا كان الحماس في بداية الأمر فإن حدته تأخذ في الفتور باضطراد. على أنه لو اقتصرت الأغراض المرضية على الخمول وعدم ترابط التفكير دون نوبات من السلوك العدواني، فقد يشعر الأهل بنوع من الرضى الداخلي

لعنايتهم بفرد منهم يعاني من مرض شديد، وقد شاهدت عددا كبيرا من أولئك المرضى يعيشون في بيوتهم في رعاية أبويهم المسنين ويعاملونهم بمحبة وحنان. إلا أننا نجد أن شريك الحياة أو الأخوة أقل استعدادا لتحمل ذلك العبء.

وعلى الرغم أن إقامة هذا النوع من المرضى مع أسرهم يعتبر من أشق الحلول التي يمكن الالتجاء إليها، إلا أنه أفضلها جميعا وأحبها إلى المريض. فهو حل إنساني. إذ كم هو مؤثر أن ترى مثل هؤلاء المرضى يعاملون في بيوتهم بدفء وحنان. هذا يحدث غالبا في القرى والمدن الصغيرة حيث الحياة أقل تعقيدا. إلا أننا من الناحية العملية، يجب أن نؤكد أن معايشة مريض فصامي في حالة نكوص شديد أكثر مشقة بكثير من معايشة كهل مسن أو شخص متخلف عقليا.

العلاج الطبنفسي:

يعتبر العلاج الطبنفسي للحالات المرضية الشديدة محدود النتائج. ورغم ذلك فمن المهم أن يداوم المريض على زيارة الطبيب بانتظام لإجراء أية تعديلات يتطلبها العلاج ولتقديم التوجيهات فيما يتعلق بظروف حياة المريض. ولا يمارس العلاج النفسي مع تلك الحالات إلا عدد قليل من الأطباء النفسيين. وفي كثير من الأحيان تتكفل إحدى الجهات المضطلعة برعاية المرضى بدفع نفقات ذلك العلاج. وتتبع بعض العيادات المستشفى التي كان يعالج بها المريض، والبعض الآخر يقدم العلاج للمرضى الذين بلا مصدر للدخل أو بلا دعم من جانب الأسرة مقابل أجر رمزي.

الإقامة الدائمة بالمستشفى:

لقد كتب الكثير ضد إقامة المرضى العقليين ذوي الحالات المزمنة والخطيرة بالمؤسسات الكبيرة مثل المستشفيات العقلية التابعة للدولة أو للمحافظة. وشبهت بالسجون أو بأماكن لوضع المرضى تحت الحماية بمعزل عن المجتمع ليس إلا. وعلينا أن نميز في تلك الادعاءات بين ما هو صحيح، وما هو بعيد تماما عن الدقة، وما ينطوي على مبالغة. وقد كتب البيرت دوتشAlbert Deutsch عام 1948 كتابا سماه «عار الدول» انتقد فيه المستشفيات

العقلية الحكومية. ويود بعض الباحثين أن يروا جميع المرضى وقد تركوا المستشفى وانتقلوا إلى أماكن أخرى مثل المستشفيات العامة، ودور التمريض، أو إلى نوع جديد من المؤسسات. وقد صدرت في بعض البلدان الأوربية تشريعات تطالب بإغلاق المستشفيات العقلية العامة في أقصر وقت ممكن.

ويرى بعض الباحثين أن حياة المستشفى من شأنها أن تجعل الحالة المرضية أكثر إزمانا، أي أنها تطيل أمد الأعراض المرضية. وأن الحياة داخل تلك المؤسسات التقليدية غير مرضية وذات أثر ضار حتى على الأشخاص الأسوياء. ويتصدر أولئك الباحثين إرفنج جوفمان(*) Erving Goffman الذي وصف بالتفصيل أحوال المرضى العقليين في المؤسسات التقليدية وخبراتهم وسلوكهم، وصور بطريقة درامية عملية القهر التي تمارس على المرضى. وقد ذهب جوفمان إلى أن المستشفى تحرم من يقيم بها من ممارسة تلك الأفعال التي تمنح الإنسان شعورا بقدر من السيطرة على عالمه الشخصي وتحرمه بالتالي من الشعور بذاته فهو لا يستطيع ممارسة الأفعال التي تمنحه شعورا بالاستقلال الذاتي وبالمبادأة.

وقد أجرى كثير من تلك الدراسات التي تصف المؤسسات العقلية، منذ سنين عديدة حين كان عدد النزلاء يتزايد كل عام، وحين كانت النظم المتبعة في تلك المؤسسات تقوم على مبادئ تمت صياغتها في الماضي قبل توفر الطرق الفعالة في علاج المرض العقلي. وقد كان صحيحا في ذلك الوقت- على الرغم من أنها حقيقة مؤلمة-أن المستشفيات لم يكن بمقدورها أن تقدم لغالبية المرضى سوى الحماية. ومن الصحيح أنه حتى ذلك النوع من الحماية كان يمكن أن يكون أفضل مما كان عليه، وأنه كان يمكن أن تبذل محاولات في اتجاه تغيير مؤسسات الحماية إلى جماعة علاجية. ومن ناحية أخرى لم تبذل محاولات لتبني وجهات النظر الجديدة الخاصة بالوسط العلاجي، والعلاج الأخلاقي الذي ينتمي إلى ماضي طواه النسيان. وفضلا عن ذلك، فقد أوصت حكومات بعض الولايات، تحت تأثير سنوات الكساد، باتباع

(*) ا. جوفان: «الملاجئ، مقالات حول الأوضاع الاجتماعية للمرضى العقليين وغيرهم من النزلاء» (جاردن ستي، نيويورك، دابلداي، 1961).

E.Goffwan, Asylums. Essays on the social Situation of Mental Patients and other Inmates (Garden city, N.Y.: Doubleday.1961)

أقصى قدر من التقشف في إدارة المستشفيات التابعة لها.

غير أن الأوضاع لحسن الحظ تحسنت بدرجة كبيرة وما زالت في طريقها إلى الأفضل. إذ نجد، أولا وقبل كل شيء، أن عدد المرضى في مستشفيات الدولة والأقاليم والذي بلغ في عام 1955 ، 922 ر558 مريض، انخفض في عام 1976 إلى 436 ر193، أي بنسبة 4 ر65٪، على الرغم من الزيادة الكبيرة في تعداد الولايات المتحدة، ونجد ثانيا، أن 30 إلى 40٪ منهم مرضى عادوا للمستشفى بسبب نوبات انتكاسية. فالسياسة الجديدة تشجع خروج المرضى مبكرا قدر الإمكان، كما أصبحت أقل اهتماما بمسألة التأكد من أن المريض قد شفى تماما. ونجد ثالثا، أن المرضى الجدد يشكلون نسبة كبيرة من إجمالي عدد المرضى.

فإذا كان الجزء الأكبر من المرضى يتكون من المرضى الجدد والمرضى العائدين لفترة قصيرة فهذا يعني أن المستشفى لم تعد مكانا للعزل تحت الحماية. لكنه من الصحيح، على أية حال، أن ثمة نواة صلبة تبقى بعد ذلك، وهي تتكون من أولئك المرضى الذين أصبحوا في حالة نكوص وفي حاجة دائمة للإشراف والرعاية. وطالما أن العدد الإجمالي للمرضى قد نقص فيجب توجيه الموارد الاقتصادية الفائضة نحو تحسين أسلوب حياة ذلك العدد القليل من المرضى المتبقين. لكن إنكار المشكلة والمطالبة بإلغاء تلك المؤسسات دون تقديم بدائل كافية، يبدو أمرا غير واقعي.

وتوجد بعض المستشفيات الخاصة التي تقبل المرضى شديدي النكوص، لكن تكاليفها باهظة إلى حد لا يقدر عليه سوى القلة. وفضلا عن ذلك، فعدد تلك المستشفيات في تناقص سريع. وعلى كل مواطن أن يطالب المشرعين أن يبذلوا جهدا أكبر بكثير في سبيل تحسين أحوال المستشفيات التي تأوي مرضى عقليين مزمنين.

إعادة التكامل مع الجماعة:

إذا كانت العودة للتكامل مع الجماعة تعتبر حدثا رائعا بالنسبة لمن شفى من الفصام أو من ظل مريضا بدرجة متوسطة، فإنه حدث نادر الحدوث بالنسبة للمرضى المنتمين لتلك النواة الصلبة التي تحدثنا عنها. ويجب أن نتذكر، أن المشكلة الحقيقية لأولئك المرضى، ليست كما يريدنا البعض أن

نصدق-أنها إقامتهم بالمستشفى، بل إنها خطورة حالتهم المرضية.

وفي غمرة حركة ذات مقصد نبيل لكنها غير واقعية، خرج كثير من المرضى من المستشفيات حيث لم تتح لهم أية فرصة للانتماء لإحدى الجماعات الاجتماعية. وأنا لست ضد إخراج المرضى حتى لو لم تكن لديهم سوى فرصة ضئيلة للحياة في المجتمع. كذلك لا يزعجني احتمال عودة المرضى للمستشفى واتباع ما يسمى بسياسة الباب الدوار. فالباب الدوار أفضل من الباب المغلق. وأنا أؤيد طبعا مساعدة هؤلاء الناس بكل الطرق الممكنة لكي يجتازوا المراحل المختلفة لعملية التأهيل. إلا أن هناك عددا من المشكلات تتعلق بالمرضى ذوى الحالات الشديدة يجب أخذها بعين الاعتبار. والمسألة الخاصة بما إذا كان المريض يشكل خطرا على الآخرين ليست الوحيدة الجديرة بالاعتبار.

وإنما المشكلة هي كيف تساعد المريض على أن يحيا بصورة مُرضية (أو لا بأس بها). فالكثير منهم يعيش في دور إقامة غير مرخصة وتفتقد للأشراف الجيد، هؤلاء المرضى يهيمون الآن في الطرقات وينامون في مداخل الكنائس، ومحطات السكك الحديدية، أو بعض الأماكن في الطرقات تكون أقل عرضه لقسوة الأحوال الجوية. وهم غالبا ما يحملون معهم أشياءهم التي اعتادوا جمعها، ويصبحون غير حليقي الشعر، متسخين، ومصابين بالهزال. والبعض منهم يصبح عرضة للضرب أو النهب من قبل عصابات الصبيان أو مدمني المخدرات. وكثير من الجماعات تبدي سخطها لمنظر أولئك البشر دون أن تتعاطف معهم، بل تكتفي بالاستياء فحسب. ولو كان البرت دوتش ما يزال حيا، لتوافر لديه من الأسباب ما يدعوه لكتابة مؤلف ثان عن العار الثاني للدول.

احترام الحقوق المدنية:

يجب أن تحترم الحقوق المدنية حتى لمن هو في أشد حالات المرض العقلي. فإيداع المريض مؤسسة ما، أيا كانت درجة «ليبراليتها»، ينطوي على سلب للحرية لا يجب الإقدام عليه دون اتخاذ الإجراءات القانونية اللازمة. وقد تغيرت، منذ وقت قريب تغيرا ملحوظا، الشروط التي أوردتها تشريعات الدولة لإيداع المريض المستشفى. وإيداع المريض إجباريا جائز

عموما حينما يكون ثمة دليل بيّن على أن حالة المريض تشكل خطرا قائما تجاه المريض نفسه أو تجاه الآخرين. أما مجرد وجود احتمال للخطورة على المريض نفسه أو على الآخرين فلم يعد سببا كافيا في تشريعات معظم الولايات.

وقد ازدادت حركة «الحق-في-العلاج» قوة منذ 1960. فإذا لم تستطع أية مؤسسة عقلية أن تقدم دليلا على أن لديها علاجا فعالا للمريض الذي أدخل المستشفى رغم إرادته، فإن من حقه الخروج بناء على طلبه. وبطبيعة الحال، فإن من الصعب تحديد مستويات العلاج الفعال بالنسبة للمريض العقلي المزمن الشديد المرض. فبالنسبة لأولئك الذين وصلت حالتهم إلى أقصى درجات النكوص لا يوجد علاج فعال. ويجب بالتأكيد أن يحاطوا بجو إنساني، ويجب أن تكون الهيئة العلاجية المختصة ذات كفاءة كما وكيفا، ويجب أن ينال كل مريض الحد الأدنى على الأقل من الرعاية الشخصية لكن هل تلك السمات كافية لأن تجعل العلاج فعالا؟. وثمة حقوق أخرى للمرضى يدور الجدل حولها في الأوساط القانونية والطبنفسية. أحد تلك الحقوق هو الحق في العلاج الأقل تقييدا للحرية. فإذا وجد علاج بديل للحجز اللاإرادي، فيجب استخدامه.

ويعتقد الكثيرون أن المريض-بصرف النظر عن درجة مرضه-له الحق في رفض العلاج الجراحي النفسي، والعلاج بالصدمات الكهربائية، وبالأدوية، وحتى العلاج النفسي. وأنا أؤيد إلغاء الجراحات النفسية: فالتلف المخي الدائم الذي تحدثه تلك الجراحات، والذي يحول دون الاستفادة بأي طرق جديدة يأتي بها المستقبل أو أي إمكانات لا يمكن التكهن بها حاليا، هذا الأمر من شأنه أن يقنع أي شخص بأن يستبعد هذا النوع من العلاج. وقد حالفني النجاح دائما في إقناع المريض بتقبل العلاج الذي أراه مناسبا. إلا أنني أدرك أنه قد يكون من العسير إقناع تلك القلة من المرضى الشديدي المرض والذين يرفضون تقبل أي نوع من العلاج. وحتى القلة القليلة التي لا يوجد-عمليا-أي أمل في تحسنهم أو يكون الأمل في التحسن ضعيفا للغاية، يستحسن ألا يمارس عليهم أي ضغط. فسوف يتبقى للمريض على الأقل الشعور بأنه إلى حد ما ما يزال يوجه حياته.

ومسألة احترام الحقوق المدنية للمرضى تجرى مناقشتها بحرارة في

المملكة المتحدة، فقانون الصحة العقلية الصادر في 1957 قد أجرى تغييرات شاملة فيما يتعلق بحقوق المرضى، لكنه يعاد النظر فيه حاليا في ضوء الطب النفسي الحديث. وقد شارك كثير من العاملين في مجال الصحة العقلية بنشاط في تلك المناقشات، إلا أن الدفعة الأساسية في اتجاه الإصلاح قد انبثقت عن هيئات تطوعية أبرزها في المملكة المتحدة الرابطة القومية للصحة العقلية.

ملاحظات ختامية:

ما المواقف العامة التي يجب اتخاذها تجاه المريض المزمن شديد المرض؟

1- يجب تعليم المجتمع أن يتخذ موقفا أكثر تسامحا تجاه هؤلاء البشر. ويجب أولا وقبل كل شيء أن نؤكد للمجتمع أن أولئك المرضى لا يشكلون خطورة إلا بقدر مساو للخطورة المتوقعة من نفس العدد من الناس الذين لم يصابوا بالفصام في حياتهم.

2- على المشرعين أن يتنبهوا للحاجة الملحة لتوفير مأوى وحياة معيشية طيبة للمرضى العقليين. وربما يكون بالإمكان تحويل بعض المستشفيات الحكومية القديمة إلى دور للإقامة لا تخضع إلا لذلك القدر من النظام الضروري لسير الحياة فيها على الوجه الصحيح.

3- يجب أن نتحرر من الخرافة التي يؤمن بها بعض المتفائلين والتي تقول: إن رعاية المريض الشديد النكوص داخل الجماعة أقل تكلفة من إيداعه إحدى المؤسسات. فإذا كنا ننشد لهم حياة أرفع مستوى مما هو قائم حاليا فعلى المجتمع أن يتهيأ لإنفاق المزيد من المال. وحينما نكون بصدد تقديم مساعدة لمجموعة من البشر وإنقاذها والبحث عن خلاصها فالمبدأ الموجه لنا لا يجب أن يكون أقل النفقات بل أقرب السبل لتحقيق أهدافنا العلاجية.

والمعاملة الإنسانية لأولئك الذين يشكلون النواة الصلبة من المرضى الفصاميين الشديدي النكوص، ليست مسألة تقع بكاملها ولا حتى في الجزء الأكبر منها، في نطاق الطب النفسي. وإنما هي مسألة يختص بها المجتمع بأكمله. فعلى المجتمع أن يشارك وأن يتحمل الجزء الأعظم من المسئولية. ودرجة تحضر المجتمع تقاس بما يقدمه لأفراده المصابين بمرض

يستعصي على العلاج. ولا توجد طريقة تتحقق بها الروح الإنسانية لأفراد المجتمع أفضل من اتخاذ موقف متعاطف ومتعاون تجاه أولئك المرضى. وعلى العكس، فإن درجة تخلف المجتمع يمكن أن تقاس بما لديه من خطط تجاه مرضاه. وقد كان أكثر «الحلول» وحشية للمرضى العقليين ذوى الحالات الخطيرة ما فعله إزاءهم النازيون الألمان في الحرب العالمية الثانية.

10 موضوعات خاصة: المساعدون العلاجيون والمرافقون النفسيون

في الأعوام الماضية، كنت أشير كثيرا إلى المساعدة التي بإمكان المساعد العلاجي أو المرافق النفسي أن يسهم بها في علاج وتأهيل المرضى الذين يظلون في حالة مرضية متوسطة أو شديدة ويعيشون مع أسرهم. وقد أصبحت حاليا قليل الإشارة إلى تلك الطريقة لعدة أسباب:

1- أصبح من الصعب أن نجد أشخاصا لديهم القدرة على ممارسة تلك المهمة وبخاصة مع المرضى الذكور في سن الشباب.

2- ارتفاع تكاليف تلك الطريقة العلاجية جعلها بعيدة عن متناول الكثيرين.

3- ظهور العلاج الدوائي (الذي لم يكن موجودا عندما بدأ استخدام تلك الطريقة) وما يترتب عليه من تحسن في الأغراض المرضية جعل الحاجة إلى المساعد أو المرافق النفسي أقل-وإن كانت ما تزال مرغوبة في بعض الحالات.

4- شهدت الأعوام الأخيرة إعادة نظر في

المفاهيم الراسخة حول دور الأسرة في التكوين النفسي الدينامي للمريض.

وقد أدت تلك العوامل إلى إشراك أفراد الأسرة في علاج المريض على النحو الذي بيناه في الفصل الثامن، وأدت بالتالي إلى أن يقتصر دور المساعد العلاجي على بعض الحالات دون غيرها.

وتنشأ تلك الحالات عندما تكون متطلبات المريض على قدر من الضخامة يفوق قدرات أفراد الأسرة، أو حينما يكون التداخل الانفعالي بين أفراد الأسرة شديد التعقيد أو مليئا بالصراعات، وغير قابل للتعديل. ففي مثل تلك الحالات نجد أن الاستعانة بشخص خارجي يمتلك قدرات المساعد العلاجي أو المرافق النفسي، قد تغني المريض عن دخول المستشفى.

ويمكن للممرض الذي تلقى تدريبا في الطب النفسي، أو للشخص الذي يمتلك قدرا كبيرا من المشاركة الوجدانية والفهم، أو لمن أجرى له تحليل نفسي بصورة ناجحة أو لمن مارس العلاج النفسي الدينامي، يمكن لأي من هؤلاء، أن يصبح مرافقا نفسيا كفءًا.

ومثلما فعل الطبيب النفسي جون روزين الذي أدخل تلك الطريقة العلاجية، أستخدم أنا أيضا المرضى الذهانيين السابقين لأداء تلك المهمة. فخبراتهم السابقة تضيف بعدا جديدا وخصبا للسمات التي ذكرناها آنفا. وليس كل المرضى السابقين يصلحون لتلك المهمة، بل قلة منهم فقط هي التي ترغب في الدخول مرة أخرى في تجربة المرض العقلي حتى الأعماق. وإذا توفرت لديهم الرغبة، نجدهم يحققون نتائج مرضية للغاية. والمرافق العلاجي هنا يقوم بمهمة المساعدة، والمساندة، والمشاركة.

وتزداد أهمية المساعد العلاجي في مرحلة معينة من مراحل العلاج. فحينما يتخلص المريض، نتيجة للعلاج النفسي، من الهلاوس والضلالات، قد يتبقى لديه رغم ذلك شعور بأنه مهدد-وهو شعور مجرد وغير متحدد، ويحاول المريض الدفاع عن نفسه ضده بالانسحاب. وتكون مهمة المرافق العلاجي هنا هي إبعاد ذلك الشعور عن المريض. كذلك يتواجد المرافق العلاجي عندما يكون أفراد الأسرة منشغلين بارتباطات العمل أو غير ذلك. فهنا نجد أن ثمة شخصا يستطيع المريض أن يعتمد عليه لفترات طويلة. ويقوم المساعد العلاجي بتمهيد طريق المريض إلى العالم الخارجي، ويزيل مخاوفه مما حوله. ومخاوف المريض لا يتم التغلب عليها بطبيعة الحال

بدون جهد المعالج النفسي المتوغل في أعماق النفس. لكن المرافق النفسي هو الذي يشكل الرابطة الواقعية بين الفهم النفسي الدينامي، والعلاقة الجديدة مع المعالج، ومع العالم الخارجي. فالمرافق النفسي يبين للمريض بشكل مباشر أن الأشياء العديدة التي يخاف منها لا وجود لها ولا محل لأن تسبب له أي أذى. وكثير ما يرى المريض أن المرافق النفسي أكثر إقناعا وأكثر مدعاة للطمأنينة من أي فرد من أفراد الأسرة.

وحينما تفتر حدة الأعراض المرضية، يستطيع المرافق العلاجي أن يزيد من سرعة اختفائها. فقد يخاف المريض مثلا من الذهاب إلى أحد المحلات خشية أن يجد هناك أحدا من مضطهديه أو أن يخطئ اختيار ما يشترى. لكنه يمكنه الذهاب بصحبة المرافق النفسي وسيجد أنه قادر على الاختيار الصحيح، وأنه لا وجود لمن يعتقد أنهم يضطهدونه.

ويستطيع المرافق النفسي أن يساعد المريض أكثر من أي فرد من أفراد الأسرة على التخلص من بعض العادات والأعراض المرضية الضارة والمعطلة والتي تزيد من عزلته عن العالم. وما لم يتم تصحيح تلك العادات فإنها تترسخ وتميل لأن تصبح متأصلة في حياة المريض بأكملها. على أن تلك العادات ليست غير قابلة للتعديل كما تبدو. فشعور المريض بالحاجة إلى المشاركة الوجدانية الحارة مع شخص آخر كفيل بأن يجعله يقلع عن تلك العادات. والمعالج قد لا يكون على علم بتلك العادات المعوقة، إما لأنها لا تظهر أثناء الجلسات النفسية، أو لأنها تمضي دون ملاحظة. ومن الناحية الأخرى، نجد أن أفراد الأسرة قد اعتادوا عليها حتى أصبحت بالنسبة لهم أمرا عاديا ولا يرون فيها ما يدعو لإخبار المعالج بها. لكن المساعد العلاجي بمقدوره أن يلاحظها، وأن يبلغ المعالج بها، وأن يصححها بطريقة ودية.

وما ذكرته عن العادات والسلوك العام ينطبق أيضا على الأعراض. ومن المفيد هنا أن أذكر مرة أخرى بإسهاب ما سبق أن تحدثت عنه في الفصل الثامن بخصوص بعض الإجراءات التي يتبعها أفراد الأسرة مع المريض. فكثير من المعالجين لا يعرفون الأوقات التي يميل فيها المريض إلى الهلوسة أو إلى السلوك وفقا لمضمون هلاوسه. لكن المساعد العلاجي يعرف، ربما بسبب خبرته بتعبيرات وجه المريض أو وضع جسمه، أنه خلال بضع دقائق ستحدث له الهلاوس وأنه قد يخرج محتويات تلك الهلاوس في صورة

سلوك اندفاعي. وهنا يقترب منه المساعد العلاجي، ويشد انتباهه في اتجاه آخر، ويحاول أن يدفعه للقيام بنشاطات أخرى بحيث يقل احتمال حدوث الهلوسة. فبينما يسعى المعالج إلى تفسير الأعراض وجعل المريض بغير حاجة إليها، يقدم المساعد العلاجي للمريض طرقا عملية لتفاديها. والعلاج عن طريق تفادى الأعراض لا علاقة له بالعلاج القائم على الانعكاس الشرطي الميكانيكي، إنما يقوم على التدخل المليء بالدفء من جانب إنسان على علاقة وثيقة بالمريض. وأنا أعني بتفادي الأعراض، خلق مواقف يقل فيها احتمال حدوث الأعراض، وتجنب المواقف التي تميل فيها الأغراض للظهور. فمثلا، إذا كان لدى المريض ميل لممارسة أفعال مرضية تكرارية حينما يخلو بنفسه، يجب ألا يترك بمفرده قدر الإمكان. والعلاج بتفادي الأعراض ليس مجرد علاج مهدئ للأعراض بل إنه أكثر من ذلك بكثير، لأن الأعراض والعادات تصبح أشد قوة ومقاومة للعلاج كلما ازداد تكرارها.

وقد نجد لدى بعض المرضى ممن هم تحت رعاية المرافق العلاجي ميلا للعودة إلى حالة تنتمي للطفولة الباكرة، وللنظر إلى المرافق العلاجي على أنه بمثابة الأم التي تعتني به. لكن المساعد العلاجي يستطيع-بصورة أفضل من أفراد الأسرة-أن يغذي المريض نفسيا دون أن يعوق نموه، ويستطيع أن يدفع به دفعة ودودة لينه، تخلو من الخشونة التي قد تجد مقاومة من قبل المريض. وشعور المساعد العلاجي بقوة علاقته بالمريض هو الذي يدله-بدلا من الأفكار المسبقة، والبرامج المخططة سلفا، أو النشاطات اليومية-على الوقت الملائم لتوجيه تلك الدفعة الرقيقة لمقاومة ميل المريض للخمول أو الانسحاب.

وربما تنشأ صعوبات عديدة أثناء قيام المساعد العلاجي بعمله. وكثير منها يتعلق بالمساعد نفسه كشخص، كأن تنشأ لديه مشاعر طرح مضاد مثلما يحدث للمعالج.. وفي حالات نادرة يميل المرافق العلاجي لرؤية المريض على أنه شخص بحاجة إلى قدر كبير من المساعدة، بينما تكون حالة المريض قد تحسنت كثير. لكن المرافق يظل غير راغب في تقليل الفترات التي يقضيها مع المريض، أو تخفيف رعايته له. وقد تكون قد نشأت لديه مشاعر وجدانية قوية تجاه المريض بحيث لا يستطيع التوقف عن العمل معه. ومع ذلك فقد كان الطرح المضاد ضروريا لقيام علاقة علاجية قوية. وجميع

تلك المشاعر يجب أن يتم تحليلها وأن يوجد لها حل خلال اللقاءات الدورية التي يجب أن تعقد بين المعالج والمساعد العلاجي.

وقد تنشأ صعوبة أخرى في بعض الحالات هي شعور المريض بالعداء تجاه المساعد، إما بسبب عدم رضاه عن أن يرى نفسه معتمدا على غيره، أو لأنه يخاف من الشعور بحرارة العلاقة تجاه المساعد، أو لأنه يوحد بينه وبين شخص كان مؤثرا بالنسبة له في الماضي شبه ما فينظر إليه نظرة إضطهادية. وكل تلك المواقف يجب أن تنقل إلى المعالج، الذي يقوم بدوره بمناقشتها مع المريض.

وقد تنشأ بعض المواقف التي يطلق عليها المواقف ثلاثية الأبعاد، حيث نجد كلا من المعالج والمرافق العلاجي ينافس كل منهما الآخر أو يبدو أنهما متضادان في عملهما بسبب حيل المريض. وتضطرب حالة المريض إذا هو شعر بأن المعالج والمرافق العلاجي مختلفان حول طريقة علاجه، أو أن هناك خلافا بين المعالج أو المرافق العلاجي وبين أحد الوالدين. وقد يكون سبب اضطراب حالة المريض أحيانا هو انبعاث شعور كامن لديه منذ طفولته بأنه السبب أو الضحية للشقاق الذي كان قائما بين والديه آنذاك. لكن سرعان ما يزول ذلك الاضطراب حينما تناقش تلك المشاكل مع المريض بصراحة ويوضح له وجه الخطأ في فهمه أو في تسويته بين ظروف مختلفة.

حالات الطوارئ:

تعتبر حالات الطوارئ الخطيرة في الطب النفسي قليلة بالقياس لمثيلتها في فروع الطب الأخرى. فلا توجد حالات في درجة خطورة انفجار الزائدة الدودية، أو تمزق جدار المعدة نتيجة التهاب قرحة بها، أو اختناق فتق، أو ذبحة صدرية. فمعظم المرضى النفسيين يستطيعون الانتظار على الأقل أربعا وعشرين ساعة قبل أن يفحصهم الطبيب، حتى لو كانت حالتهم خطيرة. إلا أن هناك حالات طوارئ في الطب النفسي أيضا. ويلزم على أفراد الأسرة أن يبلغوا الطبيب بها عند حدوثها. فإذا لم يوجد طبيب يمكن الاتصال به، فعليهم أن يأخذوا المريض للمستشفى. وكثير من المستشفيات توجد بها عيادة طوارئ أو عيادة استقبال، حيث يقوم الطبيب النفسي بفحص المريض فورا، وإجراء الإسعافات الأولية، وتقديم التوصيات

الضرورية.

وإذا كان الاتصال التليفوني بالمستشفى متاحا، فعلى الأسرة أن تستعلم من المستشفى عما إذا كانت لديها عيادة حالات نفسية حادة أم لا. وهناك بعض المناطق يسهل لقاطنيها العثور على مثل تلك العيادات. ففي مدينة نيويورك، مثلا، توجد حوالي تسع مستشفيات بها عيادات طوارئ نفسية. ويجب على الأسرة أن تبلغ المستشفى بعنوان المريض لتعرف ما إذا كانت المنطقة أو الحي الذي يقطنه تابع لتلك المستشفى أم لغيرها. كذلك توجد بالمستشفيات العامة بالمدن الكبرى في المملكة المتحدة، عيادات طوارئ نفسية تعمل ليلا ونهارا.

لكن قد يتعذر في بعض المناطق التوصل إلى عيادة طوارئ نفسية. إلا أن مكتب الاستعلامات في أي مستشفى بمقدوره إرشاد المواطنين إلى أقرب مستشفى مزود بمثل تلك العيادات.

وغالبا ما نجد أن عدد الفصاميين الذين يحتاجون لمثل تلك العيادات ليس كثيرا كما نتصور-فهو أقل من حالات مثل مدمني العقاقير، وحالات الهوس الحادة، وإدمان الكحول، أو حالات الاكتئاب الشديد التي تدفع المريض إلى محاولة الانتحار، إلا أن هناك حالات طوارئ قد تحدث لمريض الفصام. إذ يمكن أن يحاول الانتحار، أو يحاول قتل أحد من الناس، أو يؤذى الآخرين، أو يصبح كثير الشجار معهم، أو يسبب إزعاجا لا يمكن احتماله، أو تتسلط عليه نوبات سلوكية اندفاعية معادية للمجتمع، ولأن تلك الحالات تتميز بأنها لافتة للأنظار فإنها تبدو كبيرة العدد، إلا أنها في الواقع ليست كذلك إذا ما قورنت بالعدد الإجمالي لمرضى الفصام، فمدينة أمستردام، تضم حوالي مليون نسمة والخدمات الطبية والصحية بها ذات شهرة دولية في مجال توافر عيادات الطوارئ النفسية. ومع ذلك فعدد الحالات التي تستقبلها من القلة بحيث أن الأطباء النفسيين المقيمين بها نادر، ما يضطرون إلى الاستيقاظ من النوم بعد منتصف الليل. وقد لوحظ، على الأقل حتى بضع سنين مضت، أن عددا قليلا من المرضى يحتاجون بعد منتصف الليل لعيادات الطوارئ النفسية التي تعمل ليل نهار في مركز ماساشوستي للصحة العقلية ببرسطون ومركز مالكولم بليس للصحة العقلية في سانت لويس.

وقد عرّف بعض الباحثين حالة الطوارئ بأنها أية حالة تتطلب تدخلا فوريا ولا يمكن علاجها من خلال الإمكانيات المتاحة في الظروف العادية، وعرّفها آخرون (مثل هـ. ر ذنيك H.resnik وهـ. روبين) بأنها (حدث فوري، مفاجئ، وغير متوقع، إذا لم تتم معالجته بسرعة، يشكل خطورة على الحياة أو يؤدي إلى مضاعفات نفسية شديدة).

وحالات الطوارئ النفسية، التي تحدث لغير الفصاميين، قد تكون خلافا زوجيا أو شجارا بين الأبناء والآباء، أو صدمات ناشئة عن خبرات جنسية مؤلمة، أو وفاة صديق أو قريب عزيز، أو مضاعفات تسمم، أو إدمان كحول أو عقاقير. ويمكن في معظم تلك الحالات التوصل إلى المسببات المباشرة أو العوامل الضاغطة التي أدت إليها وقد وصف بعض الباحثين نوعا من العلاج النفسي لحالات الطوارئ يمكن استخدامه في المواقف الخاصة بالأزمات النفسية. وهو عبارة عن جلسات نفسية يتراوح عددها من جلسة واحدة إلى ست جلسات ويقوم فيها المعالج بدور إيجابي للغاية. إلا أن هذا النوع من العلاج لا يلائم مرضى الفصام.

فالأمر أكثر تعقيدا بالنسبة لمرضى الفصام. فالبعض منهم يصبحون بصورة غير متوقعة خطرين تجاه أنفسهم ويحاولون الانتحار استجابة لأصوات هلاوسهم. وآخرون يصبحون خطرا على الغير، نتيجة أيضا لتوجيهات عدوانية تصدر من تلك الأصوات. وليس أمرا نادر الحدوث أن نرى مريضا بارانويا يكشف عن ميول عدوانية تجاه مضطهدين متخيلين يحاول الدفاع عن نفسه ضدهم. وحينما يبدى المريض سلوكا ينم عن محاولة لإيذاء الآخرين، أو عن ميول عدوانية أو تدميرية، فإن حالته تلك تعد بلا شك حالة طوارئ. والمرضى الآخرون تعد حالاتهم من حالات الطوارئ إذا هم أصيبوا بحالة تشوش في الوعي مصحوبة بتهيج، أو فقدوا القدرة على إدراك المكان والزمان والأشخاص حولهم، أو أصيبوا بحالة هياج، أو أصبح سلوكهم بادئ الشذوذ أو معاديا للمجتمع، والفصاميون الذين يثيرون قلقا بالغا لدى أقاربهم ولدى الجمهور عموما هم أولئك الذين يسلكون وفقا لمعتقداتهم الضلالية ليس ذلك السلوك الذي يشكل خطرا على أنفسهم وعلى الآخرين، وإنما السلوك الذي يعتبر شاذا وغير مقبول اجتماعيا. فالناس تتسامح مع المرضى الذين يكتبون خطابات مزعجة،

أو حتى يحطمون الأشياء، لكنهم لا يتساهلون إزاء من يمارس العادة السرية أو يتبرز أو يتبول في الأماكن العامة، أو من يتعرى أو يشاكس الأطفال. ومن المهم تأكيد أن مثل تلك التصرفات لم يقم أي دليل على أنها تحدث لدى الفصاميين بمعدل أكبر مما تحدث لدى غير الفصاميين.

والمرضى البارنويون الميالون لإيذاء الآخرين على الرغم من أن نسبتهم العددية ضئيلة للغاية إلا أنهم يسببون إزعاجا لا حد له لأنهم من الصعب جدا التعامل معهم ويمكن أن يشكلوا خطورة. وعادة ما يصبح المريض خطرا حينما يكون خائفا. فحتى المرضى الذين يبدون وديعين يمكن أن يتحولوا إلى النقيض إذا عوملوا بطريقة تنطوي في نظرهم على تهديد يدعم معتقداتهم الضلالية. وهنا يطرح السؤال عما إذا كان من الواجب استدعاء البوليس إذا نشأت حالة طوارئ أو إذا أبدى مريض بارانويى سلوكا فيه إيذاء للآخرين.

ولا مفر من تدخل البوليس في بعض الحالات. فمن سوء الحظ أنه لا توجد طرق بديلة ولا توجد أية جماعة منظمة مدربة على التعامل مع تلك الحالات. وفي مناطق عديدة يستلزم حتى طلب النجدة أن يتم من خلال البوليس. والاستعانة بالبوليس تثير شعور، بعدم الارتياح. فالمعروف أن البوليس يتعامل، أولا وقبل كل شيء مع الخارجين على القانون لذلك يبدو لنا أمرا مقيتا أن يتولى البوليس أمر شخص مريض. وفضلا عن ذلك، فإن كثيرا من المرضى البارنويين ستترسخ لديهم معتقداتهم الضلالية بأنهم مضطهدون وضحايا لعملية اجتماعية منظمة. لكننا من ناحية أخرى، نجد أنه بالإضافة إلى عدم وجود أية بدائل في بعض الحالات، فإن كثيرا من رجال البوليس قد أصبحوا يجيدون التعامل مع المرضى العقليين بدرجة يحسدهم عليها الاختصاصين. إذ نجدهم، بطريقة أو أخرى، يعرفون كيف يبثون الطمأنينة في نفس المريض أو يجعلونه قادرا على السيطرة على سلوكه العدواني.

ويتعذر أحيانا إحضار بعض حالات الطوارئ النفسية إلى المستشفى أو إلى العيادات المتخصصة وفي مثل تلك الحالات النادرة، يجب أن يذهب الأخصائي إلى بيت المريض، ويعتذر كثير من الأطباء النفسيين عن زيارة المريض بمنزله، إلا أن معظمهم يعرفون زملاء شبانا بدأوا ممارسة المهنة

حديثا ولديهم الوقت لأداء تلك المهمة. والهدف الرئيسي من زيارة الطبيب النفسي للمريض هو القيام بتشخيص الحالة وتقرير ما إذا كانت تستدعى دخول المستشفى أو لا. ويمكن أن يستدعى الطبيب النفسي لزيارة المريض بمنزله إذا كان مصابا بمرض عضوي يجعله عاجزا عن الحضور للطبيب، كأن يكون مصابا بأزمة قلبية، أو التهاب بالمفاصل، أو جلطة بالمخ. وهناك سبب ثالث يستدعي زيارة الطبيب النفسي للمريض بمنزله، هو أن يكون المريض مصرا على عدم مغادرة المنزل، سواء أكان ذلك بسبب من مخاوف بارانوية أو معتقدات ضلالية أخرى، أو بسبب أنه قد يكون مصابا، بالإضافة للأعراض الفصامية، بمخاوف مرضية (رهاب) تمنعه من مغادرة المنزل.

ويجب كلما أمكن أن تجرى محاولة إقناع المريض بأن يذهب إلى العيادة النفسية، أو حتى إلى قسم الطوارئ النفسية. ذلك أن شعور المريض بأن باستطاعته إحضار الطبيب النفسي إلى منزله قد يجعله يعتقد بأن بمقدوره التحكم في العملية العلاجية مما قد يؤدي إلى تأخير شفائه.

الانضمام إلى جماعات عقائدية سرية:

كثيرا ما نجد أن آباء مرضى الفصام السابقين أو الذين تحسنت حالتهم بدرجة متوسطة أو أصبح مرضهم مزمنا، يلجأون للأطباء النفسيين طالبين المشورة في أمر أبنائهم الذين انضموا إلى جماعات عقائدية سرية. فقد يقيم الابن خارج المنزل. وأحيانا تسمح له الجماعة بالإقامة في بيته إلا أنه لا يشغل باله سوى ممارسة تعاليم تلك الجماعة، والحديث عن معتقداتها الغريبة. فما الذي يستطيع أن يفعله الآباء؟ الواقع أنه على الرغم من انتشار تلك الظاهرة حديثا إلا أنها ليست جديدة تماما. إذ أن لها جذورا في الماضي تعود إلى أحداث مشابهة حدثت قبل تفشي الجماعات الجديدة.

فقد كنت أشاهد منذ بداية ممارستي للطب النفسي عددا معينا من الأفراد الذين يعتبرون في حالة قبل فصامية، ومن الفصاميين، ومن كانوا فصاميين وتحسنت حالتهم جزئيا، يتحولون إلى ديانة جديدة. وكانوا بذلك يحققون عددا من الأهداف:

1- فهم بذلك يتمردون على آبائهم.

2- وهم يحاولون أن يجدوا في الديانة الجديدة حلا لمشاكلهم التي

يعتقدون أنها كانت ستظل بلا حل طالما بقيت الأوضاع على ما كانت عليه.

3- وهم يسعون كملاذ أخير إلى إقامة علاقات شخصية مرضية وإن كانت تتخذ صوراً خارجة تماما عن المألوف (من خلال الأديرة مثلا، أو العمل التبشيري، أو الجماعات الصوفية، وما إلى ذلك).

وكان التحول إلى ديانة أخرى يحدث في إطار الأديان الكبرى المعروفة في المجتمعات الغربية. لكن الوضع تغير هذه الأيام. فهناك أولا وقبل كل شيء، وبالإضافة إلى الأهداف المذكورة آنفا، حالة عدم رضى متزايدة تجاه المجتمع. ولا تعبر حالة عدم الرضى تلك عن نفسها من خلال حركات سياسية مثلما حدث في الحركات الطلابية في الستينيات، وإنما تتخذ صورة اعتناق وجهات نظر صوفية تجاه العالم. وعلى الرغم من ذلك فإن بعض الجماعات العقائدية تتشكل معتقداتها من صور محورة من الأيدلوجية اليهودية-المسيحية، أو من توجهات سياسية خاصة، إلا أن غالبيتها تتبنى على مفاهيم هندوسية وشرقية. وبعضها ينشغل بالسحر وتحضير الأرواح.

وأود أن أوضح نقطة معينة خشية أن يساء فهمي. فأنا لا أعني بأي حال من الأحوال القول بأن كل أعضاء تلك الجماعات أو معظمهم يتشكلون من الفصاميين، أو المرضى العقليين، أو من المنحرفين اجتماعيا. إذ ليس لدي علم بأي إحصائيات تدل على ذلك. وفضلا عن ذلك، فأنا أعرف أن الحركات الأيديولوجية، حتى تلك التي يثبت فيما بعد أنها ذات نفع للبشرية، تجذب إليها في البداية عددا كبيرا من الأفراد الذين هم ليسوا غير راضين عن الأوضاع من حولهم فحسب، بل هم إلى هذا الحد أو ذاك مضطربون عقليا، وكل ما أستطيع قوله هو أن هناك عددا ذا دلالة إحصائية من الأفراد الذين يمكن تصنيفهم بأنهم يقعون في المنطقة الرمادية القائمة فيما بين المرض العقلي وعدم التكيف الاجتماعي، ينضمون إلى تلك الجماعات. وبالإضافة إلى هؤلاء ينضم أيضا إلى تلك الجماعات عدد كبير ممن هم قبل-فصاميين، أو فصاميون سابقا، أو فصاميون متحسنون جزئيا، أو فصاميون مزمنون. وتنتمي كل تلك الفئات عمليا إلى الطبقة الاجتماعية الوسطى وفوق الوسطى والعليا.

وقد كتبت الأخصائية النفسية مارجريت ت. سينجر دراسة ممتازة بعنوان (علاج أعضاء الجماعات العقائدية السابقين). وهي دراسة متفائلة

إلى حد ما. إذ كتبت قائلة إن (أولئك الأشخاص لديهم قدر كبير من الغضب تجاه تلك الجماعات لكونها استعملتهم وسيطرت عليهم. كما أنهم غاضبون وآسفون للسنين التي فقدوها والفرص التي ضيعوها. ولديهم خوف من المستقبل وقلق بشأن ما يمكن أن يحدث لو أنهم لم يستطيعوا أن يمارسوا حياتهم على المستوى الذي يريدون).

ولتخليصهم من عملية الارتباط الشرطي والهيمنة العقائدية، تقدم لهم سنجر كماً هائلا من المعلومات، وتؤازرهم، وتساعدهم. وعملية (إزالة البرمجة) تلك لا تنطوي في نظر الكاتبة على أية وحشية كما وصفتها الجماعات في تصريحاتها للصحافة، (وإنما هي مجرد فترة مكثفة من إمدادهم بالمعلومات). وأعتقد، رغم أني لست على يقين، أن الدكتورة مارجريت سنجر قد أجرت بحثها على أنواع من الأفراد مختلفين عمن التقيت أنا بهم، وغالبية الأفراد الذين تتحدث عنهم ليسوا فصاميين.

وقد وصفت د. سنجر بصورة جيدة جدا ما تقدمه تلك الجماعات لأفرادها، فهي تقدم لهم (إجابات مبسطة) لمشكلات الحياة. فهي تزود أعضاءها بأصدقاء جاهزين وقرارات جاهزة فيما يتعلق بمستقبل حياتهم، ونظامها اليومي، وأمور الجنس والزواج، و (معنى الحياة). ويشترطون عليهم بالمقابل، طاعة عمياء، يظلون ملتزمين بها طوال العمليات المختلفة للبرمجة العقائدية). وبعض تلك الجماعات تملي على أفرادها أن يدبروا الحصول على نقود، ولا يستطيعون العودة دون الحصول على مائة وخمسين دولارا أو أكثر، حتى لو تطلب منهم ذلك أن يظلوا يعملون من ثماني عشرة إلى أربع وعشرين ساعة. وأود أن أضيف إلى ملاحظات د. سينجر الدقيقة أن إحدى الميزات الظاهرة لتلك الجماعات هي أنها تزيل أو تقلل من أهمية العلاقة الثنائية الحميمة Dyadic

وهو ما يحدث أيضا في بعض الكوميونات. وهذا النوع من العلاقة هو الذي يوجد بين شخصين (زوج وزوجة، أب وإبن): وهي علاقة تتطلب درجة من التلاصق، والالتزام، والأخذ والعطاء، لا تتوفر في أية علاقة أخرى. والشخص الذي يصبح جزءا من جماعة يستبدل تلك الجماعة والعلاقة السيكولوجية الأكثر بساطة داخلها بالعلاقة الثنائية الحميمة.

كيف أشعر تجاه تلك الجماعات؟ أود أن أؤكد مرة ثانية أن إجابتي إنما

تختص فقط بمجموعة الفصاميين (التي تشمل الأشخاص ما قبل الفصاميين، والفصاميين السابقين، والفصاميين متوسطي الدرجة، والمزمنين) ولا تشمل مجموع الأفراد الذين شملتهم دراسة د. سينجر. وشعوري هو أنه أمر محزن للغاية أن نرى شخصا يضحي بفرديته وبقدرته على التحكم الذاتي، وباستقلاليته، وينضم إلى جماعة عقائدية سرية لكي يحتفظ ولو بالحد الأدنى للتوازن العقلي. ورغم ذلك فهذا هو حال بعض أفراد البشر. على أني أعتقد أن الانضمام لتلك الجماعات قد حال بين بعض الأفراد الذين لم يجدوا طريقة أفضل للتأهيل وبين أن يصابوا بحالة من النكوص النفسي لا شفاء منها. وفضلا عن ذلك، فقد وجد بعض المرضى أن نمط الحياة الذي توفره لهم تلك الجماعات أكثر إرضاء لهم من الطرق السائدة حاليا للتأهيل النفسي. وعلى ما يبدو فإنهم لم يلتفتوا لما يخسرونه بانضمامهم لتلك الجماعات (الحرية، المبادأة، التلقائية) وإنما التفتوا إلى ما يجنونه من ذلك (الحماية، التحرر من عبء اتخاذ قرارات وما إلى ذلك من أعباء).

وحينما يسألني الآباء عما يفعلون إزاء ابنهم الذي يريد أن ينضم أو الذي أنضم فعلا إلى جماعة عقائدية فإنني أجيب بما يلي: أولا إذا كان ذلك الشاب فوق الثامنة عشر، فإنني أذكر الآباء بأنهم لا يستطيعون قانونا أن يفعلوا شيئا إلا إذا أقاموا الدليل على أنه يعامل بقسوة، أو يحرم من الطعام، أو يعامل بعنف، أو يستعبد، أو يُكره على تعاطي المخدرات، أو ممارسات من هذا القبيل، فإذا لم يستطع الآباء إقامة الدليل على أي من تلك الممارسات ولكن لديهم قناعة قوية بأنها تحدث، فعليهم أن يقوموا بإبلاغ السلطات المحلية أو الاتصال بالنائب البرلماني لكي يرفع الموضوع للحكومة ويستحثها على اتخاذ الإجراءات اللازمة لمنع تكرار مثل تلك الممارسات. وثانيا، إذا كان الابن ينتمي إلى مجموعة الفصاميين، فعلينا أن نبحث ما إذا كان ما يقدمه له نظامنا التأهيلي أفضل مما تقدمه له تلك الجماعات. وثالثا، قد يكون من الخطر (إزالة برمجة) الفصامي. فتلك العملية قد تؤدي إلى تفكك كامل في شخصيته. فالبرمجة، إذا أمكن تحقيقها فعلا، يمكن أن تؤدي إلى تحسن حالته تحسنا مشابها لما يحدث لأولئك المرضى الشديدي النكوص حينما نعاملهم بطريقة الاقتصاد الرمزي. وفي

رأي أن أسوأ شيء في البرمجة وفي التحويل العقائدي هو أنهما يجعلان المريض من مجموعة الفصاميين غير قابل للعلاج النفسي كلية.

وربما أغير رأيي حينما أتعامل مع عدد أكبر من الفصاميين الذين كانوا أعضاء في تلك الجماعات، لكن عليّ أن أصرح بأنني لم أستطع المضي بعيدا مع فرد واحد منهم وكان التحويل العقائدي الذي أجري لهم هو الحائل بيني وبينهم. وهذا الحاجز من شأنه أيضا حماية المريض من العالم خارج الجماعة. لكن الحاجز الذي حماه وعزله عن حياة أكثر خصوبة هو الذي حماه أيضا من الانحدار إلى درجة أكبر من النكوص.

وأكثر الأمور مدعاة للأسف في هذا الموضوع بأكمله-بالنسبة لي هو أنه ثبت أن الجماعات العقائدية قادرة على الوصول إلى عدد كبير من جمهور المرضى، بينما نحن المختصين في الصحة العقلية، غير قادرين على ذلك. وثمة أمر مؤسف آخر هو أننا لا نستطيع أن نحث أولئك الأشخاص ونحن مرتاحو الضمير على ألا ينضموا لتلك الجماعات (سواء فعلنا ذلك مباشرة أم من خلال آبائهم) طالما بقيت قدراتنا التأهيلية الراهنة للمرضى المزمنين تعاني من قلة وعدم كفاءة الإمكانيات، الأمر الذي يؤدي إلى أن نرى عددا كبير من أولئك الأفراد يتجولون في الطرقات على غير هدى على النحو الذي وصفناه في موضع سابق من هذا الكتاب. ولو أن المجتمع كان أكثر استجابة لمحنة أولئك البشر، لما اكتسبت الجماعات العقائدية مثل تلك الشعبية. ولعل من واجبنا ألا ندين تلك المنظمات سلفا apriori بل علينا أن ندرسها بكثير من التواضع، بحيث نستقي منها العناصر المفيدة والقابلة للتطبيق مع جماعات أخرى. ولو استطعنا أن نفعل ذلك وأن نتخلص في نفس الوقت مما هو غير مرغوب فيه في تلك الجماعات العقائدية (مثل القيود المفروضة على الفردية وعلى حرية الاختيار)، لربما وصلنا إلى نتائج ظلت حتى الآن بعيدة المنال.

تذييل:

بعد أيام قليلة من تسليم مخطوطة هذا الكتاب للناشر، وردت الأنباء المؤسفة عن المذبحة التي حدثت في جونز تاون، بجويانا، لأتباع جماعة «معبد الشعب»، التي أسسها جيمس جونز. ورغم أن علينا ألا نقع في خطأ

وضع كل الجماعات العقائدية في فئة واحدة إلا أن ضرورة إجراء المزيد من الأبحاث والتمييز بين جماعة عقائدية وأخرى، تبدو أكثر إلحاحا بعد تلك المأساة التي راح ضحيتها أكثر من 900 شخص. فتلك الجماعات، لأنها تبدو في بداية الأمر أنها تمنح قبولا وحلولا سهلة للمشاكل المعقدة، فإنها تجذب الأشخاص الذين يشعرون أنهم مرفوضون أو مسحوقون تحت وطأة متاعب الحياة، ومن بين هؤلاء، كثير ممن ينتمون إلى مجموعة الفصاميين كما ذكرنا سابقا. إلا أنه يحدث في بعض الجماعات بعد مضي فترة ما أن أمورا مثل ممارسة الطقوس الصوفية، والتحويل العقائدي والافتتان بجاذبية القادة، وإلغاء الخصوصية الشخصية، والحرمان من النوم، وفقر التغذية كل ذلك يجعل تحرير الأفراد لأنفسهم من نير النظام الجمعي أمرا بالغ الصعوبة. ومرة أخرى، أناشد المجتمع بقوة أن يقدم حلولا بديلة للأخوة المواطنين الذي هم سيكولوجيا في أمس الحاجة إلى ذلك.

11

الوقاية

تعتبر الوقاية من الفصام أهم الأمور بالنسبة للمعنيين بهذا المرض. وقد حقق الطب الوقائي تقدما هائلا في ثلاث حالات تنتمي لمجال الطب النفسي هي:

1- الذهان الناشئ عن البلاجرا.

2- الضعف العضلي العام الناشئ عن الزهري.

3- الهذيان الناشئ عن الأمراض الميكروبية.

ومن المعروف أن تلك الحالات الثلاث تنشأ عن أسباب عضوية بحتة. ويكفي للوقاية من البلاجرا أن يحتوي الغذاء على كمية كافية من الفيتامينات، والضعف العضلي العام يمكن الوقاية منه بتعاطي مضادات الزهري بمجرد ظهور الأعراض الأولية، وتتم الوقاية من الهذيان بتعاطي مركبات السلفا والمضادات الحيوية.

إلا أن أسباب الفصام، كما رأينا في الفصل الخامس، أكثر تعقيدا ومختلفة كلية عن أسباب تلك الحالات الثلاث. ولم يلق موضوع الوقاية من الفصام حتى الآن ما يستحق من اهتمام، نظرا لتشعباته المعقدة. إلا أن الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين في الولايات المتحدة قد أصبحوا، منذ عهد قريب، أكثر اهتماما بكثير

بموضوع الوقاية من الأمراض العقلية بعامة. وقد تم افتتاح مراكز في كثير من المدن، للإرشاد الجيني، وللعلاج الأسرى، ولإرشاد الأفراد والجماعات بأجر زهيد. وعلى الرغم من أن الجهود التي تبذل في مجال الوقاية من الفصام مازالت في مرحلة رائدة، إلا أنها تلقى تقديرا وتحظى بما هي جديرة به من اعتبار. وقد أثبت كتابنا هذا، أنه على الرغم من أن ثمة نقاطا مازالت موضع تساؤل فيما يتعلق بأسباب الفصام، إلا أننا لدينا معارف على درجة من الوفرة والدقة بما يكفي لتمكيننا من اتخاذ إجراءات فعالة للوقاية منه.

وسوف نناقش فيما يلي ثلاثة أنواع من الوقاية، هي:

1- الوقاية الأساسية:

وهي تهدف لإزالة الأسباب المهيئة التي تؤدي إلى إمكان حدوث الفصام أو تزيد الاستعداد للإصابة به، سواء أكانت تلك الأسباب وراثية أم بيئية.

2- الوقاية ذات البعد الطولي:

وهى تهدف إلى مساعدة الفرد طوال حياته. وبخاصة في المرحلة المبكرة منها-على تجنب الظروف، والأحداث، والأوضاع المستديمة التي من شأنها أن تعجل بمخاطر تحول ما قد كان إمكانا أو تهيؤا للمرض إلى مرض فعلي.

3- الوقاية وقت الأزمات:

وهي التي تحاول مساعدة الشخص ذي الاستعداد للفصام على تجنب أحداث ضاغطة من نوع خاص بمقدورها أن تسبب المرض.

1- الوقاية الأساسية:

الوراثة: يوجد دليل شبه مؤكد، كما رأينا في الفصل الخامس، على أن الاستعداد للفصام له أساس وراثي. ودعونا نقرر ثانية بوضوح، أنه وفقا للمعارف الحالية، فإن مرض الفصام لا يورث، وإنما الذي يورث هو الاستعداد للإصابة به. وعلى ذلك فالوقاية الفعالة تتحدد في منع انتقال ذلك الاستعداد الوراثي من جيل إلى جيل بحيث إن الأفراد مهما تعرضوا لخبرات نفسية ضاغطة أو بالغة الأثر، فإنهم لن يصابوا بالمرض. إلا أن مثل تلك الإجراءات الوقائية غير قابلة للتنفيذ وغير مرغوب فيها. فالفصام يضعنا في موقف مختلف تماما عن ذلك الذي نجد أنفسنا فيه عندما نكون أمام أمراض معروف جيدا أنها وراثية في ذاتها. فبمقدور الطبيب، إزاء أسرة ذات تاريخ

إيجابي لأمراض مثل كوريا هنتنجتون أو مرض التشوه العضلي أو النزف الدموي أو غيرها من الأمراض الوراثية، أن يشرح للفرد ببساطة قوانين مندل في الوراثة، ووجود الحوامل الوراثية (الجينات) بنوعيها السائد والمتنحي، والاحتمالات القائمة لإصابة أطفاله. لكن مثل هذه الإرشادات الوراثية الواضحة مستحيلة في حالة الفصام. وكل ما يستطيع الاختصاصي قوله هو أنه إذا كان أحد الوالدين مصابا بالفصام فإن احتمال إصابة أطفاله يزيد معدله عن المتوسط العام، إلا أنه تظل لديهم فرصة لا تقل نسبتها عن 90 إلى 95٪ في ألا يصابوا بالفصام.

وإذا كان من غير الممكن عمليا منع زواج الأفراد الحاملين لأمراض وراثية، فمن البديهي أن يصبح الأمر أكثر صعوبة بكثير من حالة الفصام، حيث تشير معارفنا الراهنة إلى وجود نسبة 90 ٪ من عدم الإصابة. وبتعبير آخر، إذا كان هناك شخص أصيب بالفصام، فإن احتمال انتقال الاستعداد للمرض لأبنائه يصل إلى 10٪. وإذا كان هناك شخص أصيب أحد والديه بالفصام فإن احتمال استعداده للفصام يصل إلى 10٪. والاحتمال وارد أنه إذا أتبعت الإجراءات الوقائية السيكولوجية الأخرى، فإن تحقق احتمال الـ 10٪ ينعدم. وحقيقة أن الإحصاءات ليست دامغة، وأن ثمة إمكانية للعوامل البيئية أن تلغى تأثيرها، يجعل أولئك الأفراد يسلكون في زواجهم وفقا لمشاعرهم وقيمهم دون التفات للمخاطر الوراثية. وفضلا عن ذلك، فقد يقوى هذا الأمر من تصميمهم على توفير بيئة ملائمة لأطفالهم وقد يدفعهم لتلقي علاج نفسي وقائي. والإجراءات الوقائية مثل منع الحمل مدى الحياة، أو التعقيم الاختياري، أو الإجهاض العلاجي، لا يمكن أن نوصي بها استنادا إلى حقائق علمية طالما ظلت المخاطر ضئيلة نسبيا. لكن مثل تلك الإجراءات يجب أن يوصى بها، إذا كان الأبوان كلاهما قد أصيب بالفصام، ففي هذه الحالة يصل احتمال وراثة الاستعداد للمرض لدرجة عالية جدا (من 50 إلى 68٪). ونوجز ما سبق فيما يلي:

1- من الصعب (وربما لا يوجد مبرر) النصح بعدم الزواج، أو على الأقل بعدم الإنجاب، لأولئك الذين يمكن أن يكونوا حاملين للاستعداد الوراثي للفصام ما لم تكن نسبة توريث ذلك الاستعداد عالية. وهي تكون كذلك في حالة ما إذا كان زوجي المستقبل قد أصيب كلاهما بالفصام.

2- إذا كان توريث الاستعداد للفصام قائما لدى شخص ما، وكان مصمما على الزواج، فيجب إرشاده إلى كيفية توفير بيئة أسرية ملائمة وتقليل مخاطر المرض.

الظروف البيئية للطفولة:

يبدو مؤكدا، وفقا لمعارفنا الراهنة، أن التهيئة الوراثية للفصام، يمكن إلغاء تأثيرها، بتوفير ظروف بيئية ملائمة في فترة الطفولة. وعلى ذلك يجب أن تدور الوقاية من الفصام حول إزالة الأسباب التي من شأنها أن تجعل البيئة الأسرية غير سوية من الناحية النفسية.

زواج الآباء:

يعتبر عدم التوافق الزوجي بين الأبوين من أهم العوامل وأكثرها شيوعا في خلق بيئة غير صحية بالنسبة للأبناء. فمن شأن عدم التوافق أن يقوي ما قد يكون قائما من سمات سلبية في شخصية كل من الزوجين. صحيح أن هناك الكثير من حالات عدم التوافق الزوجي وأن نسبة ضئيلة فقط من أبنائهم يصابون بالفصام. ذلك أنه لا بد أن يكون هناك استعداد وراثي بالإضافة إلى عوامل أخرى كثيرة، ليس هذا فحسب بل يتعين أن يكون عدم التوافق الزوجي غير ملائم للتكوين النفسي للأطفال بحيث يحول بينهم وبين أن يتوحدوا بدرجة كافية مع أحد الوالدين أو أن يشعروا بالحد الأدنى من الأمان.

وقد أجرى مسح لعائلات مرضى الفصام تبين منه أن عدم التوافق الزوجي بينهم أشد حدة وأعلى نسبة منه في عائلات غير الفصاميين. إلا أن هناك إستثناءات، فأحيانا تتقوى الروابط وينشأ شعور بالتكافل بين أفراد أسرة الفصامي بسبب وجود مريض لديهم. إلا أن ذلك يحدث عادة في وقت متأخر، وما لم يدرس بعناية ويخضع للتوجيه من قبل الاختصاصين، فقد يكون ضرره أكبر من نفعه. فالزواج الذي يستلزم استمراره وجود مريض داخل الأسرة، إنما هو زواج هش ويفتقد الأصالة. وأزواج المستقبل الذين يعلمون مسبقا أنهم من الناحية الوراثية قد ينجبون أطفالا لديهم استعداد عال للفصام، عليهم أن يطلبوا المشورة وأن يصبحوا على دراية

بالتزامات ومسئوليات الحياة الزوجية.

الأبوة والأمومة:

قد يجد الأزواج غير الموفقين، في إنجاب الأطفال، إرضاء وتعويضا نفسيا وبخاصة في البيئات الثقافية التي تعتبر فيها الأبوة والأمومة أهم أهداف الزواج. ولا يضار الأطفال كثير في مثل تلك الأحوال. أما في البيئات الثقافية التي لا تحتل فيها الأبوة والأمومة مكانة هامة أو تعتبر ذات أهمية ثانوية في العلاقة الزوجية، فإننا نجد أن الأزواج غير الموفقين يكونون أيضا آباء سيئين. ومنذ الثورة الصناعية إلى الوقت الحاضر، وبخاصة منذ أخذت التغيرات التكنولوجية تحدث بمعدلات بالغة السرعة، أصبح مجتمعنا وثقافتنا في حالة انتقالية مستمرة. وأخذت تحدث تغيرات في أدوار الآباء والأمهات بصورة تهدد بتقويض الأبوة التقليدية. فإذا أضيفت للصعوبات الناشئة عن تلك العوامل الثقافية، صعوبات أخرى ناشئة عن تكوين الشخصية فإننا لا نتوقع نتائج طيبة.

فالمرأة الحديثة أخذت تعيد النظر في كثير من القيم والأدوار التقليدية. وهي تشعر في نفس الوقت (وإن لم تفصح عن ذلك صراحة إلى عهد قريب) بالتبرم إزاء حقيقة أنها، في المجتمع الذي تكون السيادة فيه للرجل، تعتبر غالبا مواطنا من الدرجة الثانية ولا تحصل على فرص متكافئة مع الرجل. وهي في سعيها للمساواة تبدد جزءا من طاقتها كربة بيت وتبحث عن مستقبل مهني كما يفعل الرجل. وهي بالتأكيد محقة في ذلك وجديرة به. غير أن المجتمع مثلما خذلها حين جعلها خاضعة للرجل، يخذلها الآن أيضا حين لا يعدها جيدا لأداء دورها المزدوج. والواقع أن المهمة عسيرة وعلى علماء الاجتماع أن يدرسوا المشكلة بقدر أكبر من الكفاءة، وأن يدرسوها على المستوى العملي لا النظري. فالزوجات يجب أن يشعرن بتحقيق الذات، وإلا شعرن بالإحباط، ودخلن في منافسة مع أزواجهن، الأمر الذي يؤدي إلى عدم التوافق الأسري.

وثمة وظيفة للمرأة لا يمكنها التخلي عنها تلك هي الأمومة. لكن قيامها بتلك الوظيفة لا يعني ابتعادها عن ممارسة جوانب الحياة الأخرى، العديدة والهامة. ويواجه كثير من النساء صعوبات في المجتمع الحضري-الصناعي.

فظروف ذلك المجتمع لا تتيح إعدادا جيدا لكثير من الفتيات لوظيفة الأمومة. وبعضهن لا يرون في الأمومة أي جمال ولا تشكل لهن موضوعا للطموح. ومن الواضح أننا لا يجب أن ننتقد أو ننبذ أولئك الفتيات بل علينا أن نساعدهن على إعادة تقييم مفهوم الأمومة بينما يواصلن إعداد أنفسهن للحياة المهنية. ويجب، في مجتمعنا الغربي الحديث الذي يهدف لتحقيق المساواة بين الجنسين، أن يعاد النظر أيضا في دور الأب، والأدوار التي كان على المرأة القيام بها وحدها دون الرجل يجب أن يعاد توزيعها بينهما بصورة أكثر إنصافا.

واهتمام المرأة بالعمل المهني ومنافستها للرجل، ليسا هما العاملين الوحيدين وراء صعوبة إعداد المرأة لوظيفة الأمومة. وقد ذكرتنا ناتالي شينس-Natalie Shainess في دراستها للمشكلات السيكولوجية المصاحبة للأمومة، بتأكيد فرويد ازدواجية الدور الجنسي للمرأة وما يستتبعه من نتائج: إذ عليها أولا أن تكون جذابة للرجل وأن تقيم معه علاقة حب، وعليها ثانيا أن تنجب أطفالا وتقوم تجاههم بوظائف الأمومة. وبعض الأمهات ينجحن فقط في المهمة الأولى (الدور الأول) إلا أن كثير من الأمهات لا ينجحن في أي من الدورين. فهن يقدمن على الزواج ولديهن توقعات كبيرة دون أن يكن مؤهلات للعطاء مقابل ذلك. وبعد الإنجاب يشعرن بأن الأمومة عبء عليهن.

وعلى المجتمع أن يساعد الفتيات على استعادة الإحساس بهدف الأمومة. وننصح بأن تتلقى الفتيات الصغيرات في المدارس الثانوية وفي الجامعة شيئا من التوجيه والتعليم. ففي المرحلة الانتقالية الحالية لمجتمعنا، حيث يعاد تقييم دور المرأة، يفتقد الكثير منهن فرصة اكتساب معرفة كافية بالأمومة من خلال عملية التوحد مع أمهاتهن أنفسهن. وقد تبدو تلك المناهج، والتعليمات النظرية، وحتى التوجيهات التي يتلقونها في المدرسة أو الكلية، محاولة لغرس حب الأمومة بطرق علمية مبالغ فيها، كما تبدو مصطنعة، ونتيجة لتأملات نظرية مسبقة. إلا أن واقع الحال، أن نسبة معينة من النساء، قد فقدن نتيجة للتغيرات الاجتماعية، الشعور التلقائي والطبيعي تجاه الأمومة الذي كان ينتقل سابقا من جيل إلى جيل. وإلى أن تدرك النساء الخلفية الاجتماعية لهذا الوضع، علينا أن نستعين بكافة

الوسائل التي قد تكون ذات فائدة في هذا الصدد.

وقد أصبح دور الأب أيضا أقل فعالية منذ الثورة الصناعية. وقد تحدث ميتشيرليتش Mitscherlich & M. عما يسمى بـ (الأب غير المرئي) في مجتمعنا. فلم يعد الأب هو المعلم، ولم يعد هو الشريك الأكثر خبرة بالحياة. فهو لم يفقد هيبته كمعلم فحسب بل أيضا كمحافظ على النظام داخل الأسرة، وكقدوة يقتدي بها، وكشخص يستطيع أبناؤه أن يتوحدوا معه. وغالبا ما تتدنى منزلته إلى مجرد رفيق لعب فهو لا يرى أطفاله إلا نادر،، فإذا حدث ذلك، فكل ما يريده هو أن يصبح واحدا منهم، يشاركهم اللعب كزميل لهم. وهو إذ يفعل ذلك إنما يفقد مكانته كأب. ولا شك أن الأبوة، في إطار التغيرات الاجتماعية الراهنة، يجب أن يتغير معناها أيضا وليس كل ما ذكره ميتشيرليتش سلبيا بالضرورة إلا أن الآباء المعاصرين لم يعيدوا تحديد دورهم الجديد، وقد تؤدي حالة عدم التحديد تلك إلى نشوب صراع وعدم استقرار أسري. فالآباء المعاصرون، مثلهم مثل الأمهات المعاصرات، يحتاجون أيضا للتوجيه. ويجب أن يتلقى آباء المستقبل برامج تعليمية مماثلة لتلك التي ذكرناها بالنسبة لأمهات المستقبل.

وخلاصة القول: إنه في ضوء معارفنا الحالية، يبدو أنه من الممكن تجنب آثار الظروف البيئية غير المواتية في مرحلة الطفولة، عن طريق إجراءات وقائية على المستوى السيكولوجي والاجتماعي بهدف الإقلال من حالات الزواج غير الموفق وتمكين الآباء والأمهات من القيام بأدوارهم بصورة مرضية.

2- الوقاية ذات البعد الطولي:

يهدف هذا النوع من الوقاية إلى التخفيف من أثر الظروف البيئية غير الملائمة في مرحلة الطفولة. ويحاول تعديل الأحوال الاجتماعية بطريقة تتيح تحقيق أيسر الاحتياجات الأساسية للفرد في طفولته، أو صباه، أو في سن الرشد، ولا تدع الضغوط غير العادية تتجاوز قدرة الفرد على احتمالها.

والوقاية ذات البعد الطولي تواجه صعوبات في تحقيقها لأن الأسرة لا تطلب المشورة المتخصصة إلا حين تصبح الحاجة إليها ملحة للغاية، وكذلك لأن المجتمع بعامة (وبعض دوائر معينة في المجالات الطبية والتربوية) لا يعير اهتماما للمشكلات النفسية.

وأعتقد شخصيا أنه يجب إجراء اختبار طبنفسي أو سيكولوجي لكل التلاميذ، على الأقل تلاميذ المرحلة الابتدائية والثانوية، وأن تبلغ نتائج تلك الاختبارات للآباء. فإذا لاحظ الفاحص أية بوادر عدم سواء في شخصية التلميذ فعليه المبادرة باقتراح ما يلزم من علاج: سواء أكان علاجا نفسيا فرديا، أم مجرد توجيه، أم علاجا للأسرة أم للوالدين، أو قد يقترح إجراء تعديلات في البيئة التي يعيش فيها الطفل أو المراهق أو الشاب، وقد يكون مفيدا في بعض الأحيان أن توسع دائرة الأسرة. ففي العائلة التقليدية، يتعرض الطفل لمؤثرات عديدة، لا يقتصر مصدرها على الأبوين وأخ أو اثنين، بل تتعدد المصادر لتشمل كثيرا من الأُخوة والأخوات، والأجداد، والأعمام والأخوال، وأولاد وبنات العم وآخرين كثيرين. أما الأسرة الحالية، فهي تقتصر غالبا خصوصا في المدن الكبرى، على الأبوين وطفل أو اثنين، فإذا لم تتوافر في الأبوين الصفات المطلوبة لأداء وظائفهم كآباء، لا تتاح للطفل فرصة تعويض ذلك أو فرصة توحده مع أشخاص آخرين.

وقد يوصى الفاحص في كثير من الأحيان بأن يكون الطفل أو الصبي تحت إشراف أشخاص آخرين، غير الوالدين. إذ يمكن لواحد من أخوة الأم أو الأب أو أخواتهما يحفز الصبي إلى التطور في اتجاه التكامل النفسي. وثمة اقتراح أكثر تحديدا هو أن تشارك إحدى النساء الأم في وظيفة الأمومة. فقد أثبتت بعض تجارب الحياة الجماعية المشتركة أنه قد يكون من المفيد للطفل أن يشارك أكثر من فرد في أداء وظائف الأمومة خصوصا في فترة غياب الأم الأصلية. والأم البديلة هنا، تقوم بدور الأمومة تجاه أطفال الجماعة المحددة ككل. وقد أجرى السيكولوجي المعروف برونو بتلهايم Bruno Bettelheim دراسة عن الأطفال الذين نشأوا بهذا الأسلوب فلم يجد بينهم فصاميا واحدا. ولاحظ ذلك الباحث أن الطفل في هذه الحالة يستمد إحساسه بالأمان ليس فقط من أبويه، بل أيضا من الأم البديلة ومن الجماعة ككل. وعلى ذلك، يمكننا استنتاج أن المؤثرات غير الأبوية قد تكون مفيدة جدا للطفل الذي لديه استعداد للمرض، وأن تلك الطريقة يجب استخدامها كلما استدعى الأمر ذلك. وفي مثل تلك الحالات، لن تكون ثمة ضرورة لإبعاد الطفل عن الأسرة.

إلا أنه في بعض الأحيان، يصبح إبعاد الطفل عن الحياة مع أسرته أمرا

ضروريا. ويحدث ذلك حينما يشكل وجود الطفل مع أسرته خطورة عليه لا سبيل إلى تجنبها. وفي مثل تلك الحالات، قد يكون الالتحاق بمدرسة داخلية منتقاة بعناية أمرا مفيدا للغاية.

وهناك مؤثرات أخرى خارج محيط الأسرة قد تساعد على حدوث الفصام. والواقع، أنه يمكن القول بأن أي عامل من شأنه أن يشكل ضغطا نفسيا قد يكون ذا أثر ضار على الطفل ذي القابلية للمرض. على أن الأبحاث المتعلقة بهذا الموضوع قد ركزت على بعض العوامل المحددة. فقد وجد أن معدل الفصام بين المهاجرين للولايات المتحدة أعلى منه لدى المواطنين الأصليين. وأن معدله بين غير المتزوجين أعلى منه لدى المتزوجين. وأن معدله بين سكان المدن الكبيرة أعلى منه بين سكان المدن الصغيرة. وتغيير هذه الأوضاع أمر صعب للغاية. إلا أن هناك بعض الأوضاع الاجتماعية التي يمكن تجنبها: مثل الفقر والمساكن غير الملائمة، والجريمة، وإدمان المخدرات. فإزالة مثل تلك الظروف غير المواتية، شيء رائع ليس في ذاته فحسب، بل لأنه سيقلل بصورة غير مباشرة من الضغوط النفسية التي تساعد على حدوث الفصام.

3- الوقاية وقت الأزمات:

وهي تعني مساعدة المريض وقت حدوث أزمة يحتمل أن تكون سببا مباشرا في إصابته بالفصام. والسؤال هنا هو عما إذا كان مثل هذا النوع من الوقاية يمكن تنفيذه عمليا؟ فقد يظن المرء أن الحدث الذي من شأنه أن يسبب الفصام ليس إلا القشة التي قصمت ظهر البعير، وأنه من غير الممكن أن نمضي في حياتنا بأكملها دون أن نتعرض لمثل تلك الأحداث. إلا أن الأمر، كما رأينا في الفصل الثاني، ليس كذلك. إذ ليس من الصحيح أن بإمكان أي حدث ضاغط نفسيا أن يسبب الفصام حتى لو كانت كل العوامل: الوراثية والبيئية والمتعلقة بنمط الشخصية، مهيأة لذلك. إذ يلزم للحدث الذي يسبب الفصام أن يكون وثيق الصلة أو ذا مغزى خاص بالنسبة للتكوين النفسي للمريض ككل، أن يكون حدثا يمس وترا حساسا لديه ويسبب جرحا عميقا لصورة الذات لديه، مثل حادث السيارة في حالة المجند التي أوردناها في الفصل الثاني.

إلا أننا، لسوء الحظ، يستحيل علينا أن نحدد سلفا المعنى الذي يحمله

حدث معين لشخص معين وعواقب ذلك. لذلك قد تكون الوقاية وقت الأزمات من أصعب الأمور. وقد نعرف في أحيان كثيرة أن موقفا معينا سيشكل تحديا حقيقيا للمريض. ونحن نعرف أيضا أن المواقف الصعب أو حتى الأزمات يمكن أن تحفز طاقات الشخص العادي وتتضح شخصيته، بينما قد تؤدي إلى اختلال شخصية الفرد المؤهل للمرض. إلا أننا رغم ذلك لسنا في وضع يمكننا من تجنيب المريض مثل تلك المواقف. فلو أننا وضعنا قيودا على أفعاله فإننا نكون قد سلبناه حقا من حقوقه الدستورية. وإذا نحن منعناه من الإقدام على تصرف معين فقد يؤثر ذلك على معنوياته بدرجة قد تؤدي إلى نوبة مرضية. إذ قد يتمثل ذلك التصرف أو الحدث الذي يشكل تحديا لقدراته في ابتعاده عن أسرته طلبا للدراسة أو العمل أو الإقدام على خطوبة أو زواج، أو إنجاب طفل، أو تغيير الكلية أو الوظيفة، أو القيام برحلة تنطوي على مغامرة، أو الحصول على ترقية، أو فسخ خطوبة أو زواج أو ارتباط طويل المدى، وما إلى ذلك. فقد أكدت الخبرة الطبنفسية أن مثل تلك الأحداث قد تتسبب فعلا في نشوء حالة من عدم التوازن بين متطلبات التحدي المنطوية عليها تلك الأحداث، وبين القدرات النفسية للفرد. صحيح أنه لو لم يكن الشخص مهيئا بفعل العوامل الوراثية والسيكولوجية، لما كان لتلك الأحداث مثل ذلك التأثير. إلا أننا رغم ذلك لا نستطيع أن نتجاهل تأثير تلك التحديات بذاتها.

وفي أحوال نادرة، قد يكون مصدر التحدي حدثا يعتبر عموما من الأحداث السارة مثل الحصول على ترقية. إلا أن المريض في مثل هذه الحالة قد تنشأ لديه مخاوف من عدم قدرته على مواجهة المتطلبات الإضافية التي يفرضها عليه وضعه الجديد. إذ من الصعب تحمل الإخفاق بعد تحقيق النجاح. ولكي نحول دون وقوع أزمة نفسية لشخص ما علينا أن نحيطه برعاية شخصية تيسر له سبل مواجهة الموقف الجديد، وعلينا أن نسعى لتخفيف مضاعفاته.

وقد قدمنا مثالا على الحالة الأولى في الفصل الثاني حينما تحدثنا عن الطلبة الجامعيين الذين يحرمون من الحماية الأسرية حينما يبتعدون عن أسرهم للمرة الأولى. أما تخفيف المضاعفات فهو أمر يصعب تنفيذه دون أن نجور على حقوق المريض. إذ يجب ألا نخفي عنه تقييمنا للموقف. فإذا

أصر على المضي فيما ينتوي، فيجب ألا نقف ضده، بل نساعده على التقليل من الأخطار التي ينطوي عليها. وقد يكون ما ينتوي عمله شيئا بسيطا مثل القيام برحلة للخارج، أو أمرا معقدا مثل عقد خطوبة مع شخص غير موثوق به.

وإذا لم يكن بمقدور أحد أقارب المريض أن يساعده وقت الأزمة أو في موقف تحد غير عادي، فيجب أن يقوم أحد المختصين بتلك المهمة. وأحيانا يمكن عن طريق علاج قصير المدى اجتياز أزمة كانت بغير ذلك يمكن أن تؤدي إلى اضطرابات خطيرة.

ويمكن للحمل والولادة أن يشكلا تحديات درامية في حياة المرأة. فالأم التي أنجبت حديثا يمكن أن يكون عليها مواجهة بعض من جوانب الحياة لم تكن تتوقعها من قبل أو تبدو لها الآن أمرا غير مرغوب فيه. وعادة ما يكون على الأم حديثة العهد بالأمومة أن تعيد تقييم نفسها وتعيد تقييم الكيفية التي تبدو بها أمام الآخرين. فالمرأة التي كانت تركز اهتمامها في الماضي على سحرها الأنثوي قد تواجه انتكاسة كبيرة حين تجد نفسها مضطرة إلى إعادة النظر في أنوثتها. فجاذبيتها الشخصية التي كانت تحقق لها علاقات شخصية ناجحة، لم تعد لها دور في القيام بمسئولياتها الجديدة. والمرأة التي كانت تساورها الشكوك في قدرتها على القيام بمهام الأمومة قد تستبد بها المخاوف من أنها لن تكون قادرة على رعاية طفلها بكفاءة، ومن أن الأمومة مسئولية تفوق قدراتها. وغالبا ما تكون الأم الشابة لم تتلق في طفولتها رعاية جيدة من جانب أمها هي. وهي لذلك تخاف أن تتعامل مع طفلها بنفس الطريقة التي كانت تعاملها بها أمها.

والخلاف الزوجي الشديد قد يزداد سوءا بعد إنجاب طفل. فقد ينشأ لدى الزوجة في هذه الحالة شعور بأنها قد أصبحت مرغمة على الحياة مع زوجها ولم تعد لديها فرصة التحرر من الارتباط به، وتلقي تبعة ذلك على إنجاب الطفل.

والنقطة الأخيرة المتعلقة بذلك الصراعات، تختص بالعلاقة بين الأم وطفلها. فقد يبدو لها الطفل على أنه دخيل على حياتها يحول بينها وبين أن تفعل ما تشاء، أو تحيا حياة مستقلة. وقد تشعر بالغيرة من مشاعر الحب التي يشعر بها الأب تجاه الطفل، وترى أنها كانت أحق بها منه.

وبينما نجد أن النساء عموما قادرات على التغلب على الصراعات أو مواجهتها، نجد أن قلة منهن ممن لديهن حساسية سيكولوجية خاصة، لا يستطعن السيطرة على مثل تلك المواقف. وأنواع الصراع التي ذكرناها آنفا قد تصل في بعض الأحيان إلى درجة غير متوقعة من الحدة وتسبب قلقا بالغا للمريضة التي أنجبت حديثا أو التي على وشك الإنجاب فهي تجد نفسها في مأزق لا مخرج منه. وبقدر ما تظل تلك الصراعات كامنة في اللاشعور بقدر ما تتسبب في أضرار كثيرة قبل أن تتخذ صورة أعراض مرضية واضحة. وحينما يوجد شك في وجود صراعات لا تستطيع المريضة أن تحلها، أو حينما تظهر البوادر الأولى لأي عدم استقرار نفسي، لدى السيدة الحامل أو التي وضعت حديثا، يجب أن يتم فحصها وعلاجها بواسطة الطبيب المختص. إذ يمكننا عن طريق مثل تلك الإجراءات الوقائية تجنب حدوث كثير من حالات الفصام بعد الولادة.

12 ماذا نتعلم من الفصام

هل يمكن فعلا أن نتعلم من الفصام، ذلك المرض العقلي الخطير؟ نعم، نستطيع أن نتعلم منه الكثير. وإجابتي تلك لا تشير إلى ما يمكن معرفته عن المرض نفسه، فهذا أساسا اختصاص الأطباء النفسيين. لكن ما أعنيه هو أن الفصام يعلمنا الكثير عن الحياة الإنسانية عموما وعن أزمة الإنسان خصوصا.

إذ لا يوجد، كما أشرت سابقا، حالة أخرى من عدم السواء أو المرض تتيح لنا أن نغوص إلى هذا الحد من العمق في الطبيعة البشرية. فمعرفة الفصام تعرض أمام عيوننا وإفهامنا بانوراما الوضع البشري بكل ما فيه من مشكلات أساسية: الحقيقة والوهم، الشذوذ والإبداع، الشعور بالعظمة والشعور بالتدني، العزوف عن الآخرين والاندماج معهم، الشك الدائم والإيمان المطلق، الجمود الحركي والحركة بلا قيود، القدرة على الإسقاط وعلى اتهام الذات، الاستجابة لمشاعر الحب والكراهية، واللامبالاة بتلك المشاعر. وتتيح لنا بانوراما الفصام ممارسة وفهم الحياة بمنهج علمي، وبحساسية سيكولوجية، من خلال إطار عقلي يكاد يجمع بين الحقيقة والخيال في رؤية موحدة تتجاوز ظواهر

الأشياء.

وعالم الفصام، على الرغم من أسراره الباهرة وما به من إمكانات لم تتكشف بعد، ليس هو بالمكان الملائم لأن يلوذ به هارب من المأزق البشري، وليس هو السبيل إلى امتلاك الحقيقة والحكمة، ولا إلى شحذ القوى الروحية للإنسان. وهذا القول تحصيل حاصل ولم أكن لأذكره هنا لولا أن ثمة اتجاها حديثا لإضفاء طابع مثالي رومانتيكي على الفصامي مثلما حدث لمريض الدرن في بعض روايات وأوبرات القرن التاسع عشر. وأعتقد أن مثل هذه النظرة الرومانتيكية ليست مفيدة لأحد، وبخاصة لمريض الفصام الذي عاد للاندماج ثانية للجماعة البشرية. وسأتناول في هذا الفصل ثلاثة موضوعات سأحاول أن أزيدها وضوحا على ضوء معارفنا وفهمنا للفصام.

رسالة المريضة:

يرى الطبيب النفسي الفنلندي سيرالا siirala أن الفصامي ضحية وأنه لا ينصت إليه أحد. ويرى أن واجب المعالج هو أن يبلغ المجتمع بالرؤي النبوية لمرضاه. وهي الرؤي التي تتألف من نظرات عميقة في مرضنا الجمعي، في أفعال الشر التي ارتكبناها بوصفنا أفرادا في المجتمع، على مدى أجيال عديدة، وواريناها التراب حتى لا يراها أحد. ويرى سيرالا أن الفصام مرض خاص ينشأ من مرض عام يشارك فيه من يسمون بالأسوياء وطبقا لما يقول سيرالا، فإن الفصام مرض اجتماعي، على الأقل من حيث منشئه.

لماذا جعل سيرالا من الفصامي نبيا؟ لست على يقين مما أقول، لكن يبدو لي أننا ربما وجدنا بعض التشابه (وليس تماثلا بالتأكيد) بين الفصاميين وبين الأنبياء. فقد كان الأنبياء شديدي الحساسية للشر أو لما يحيط بهم من مشاعر العداء. وكانوا أيضا شديدي الحساسية للامبالاة المجتمع بأفعال الشر. وكثير من الفصاميين البارانويين يسلكون ويفكرون كما لو كان لديهم رادار سيكولوجي يمكنهم من التقاط مظاهر العدوانية في العالم وتسجيلها بدرجة تفوق كثير قدرة الشخص العادي. إذ لم يعودوا راغبين في إنكار الشر أكثر من ذلك. وهم يريدون أن يزيحوا الأقنعة عمن يفعلونه.

هل نعتبر تلك السمات قيما إيجابية أم نعتبرها أعراضا مرضية؟ إن محاولة الإجابة عن سؤال ما إذا كان البارانوي ذا معتقدات ضلالية أم نبيا تساوي محاولة إجابة السؤال عما إذا كان الحلم تعبيرا عن حالة لاعقلانية أم تعبيرا عن (الحقيقة الحقيقية). فالحلم واقع حقيقي من حيث هو خبرة نفسية، وهو كما تعلمنا من فرويد، يبلغنا برسالة لم يكن يتيسر لنا معرفتها لو كنا مستيقظين، لكنه يبلغنا بها بطريقة مشوهة. كذلك فإنه على الرغم من أن العدوانية موجودة في العالم، إلا أن المريض البارانوي يعبر عنها بطريقة غير سوية وشديدة التشوه. وعلى الرغم من أن العدوانية تدخل ضمن الأسباب العميقة والمعقدة للفصام، إلا أن عوامل أخرى عديدة يلزم توافرها لكي تتحول إلى عنصر نشط من عناصر المجموعة السببية. أي أنه على الرغم من أن الشعور بالعدوان هو أحد العوامل النفسية الهامة، إلا أن عوامل نفسية أخرى عديدة يلزم وجودها أيضا.

وما أود قوله هو أنه صحيح أن المريض يستجيب للعالم بطريقة غير سوية كما يسيء تفسير وقائعه، لكننا لا يجب رغم ذلك أن نرى سوى الجانب السلبي لذلك الوضع. فلو أننا حاولنا فهمه بعمق لأدركنا أن حالة السواء (أو ما يسمى بالسواء) قد تتطلب ميكانيزمات عقلية ومواقف تخلو من السواء. فأحيانا نجد أننا مطالبون بأن نكون جامدي المشاعر أو على الأقل لا مبالين تجاه ما يقع حولنا من أحداث مؤذية أو جارحة للمشاعر. ونحن نحمي أنفسنا منها بأن ننكرها، أو نخفيها، أو بأن تتبلد أحاسيسنا تجاهها، أو أن نختلق لأنفسنا ألف طريقة لتبريرها أو للتكيف معها. ونصبح أغلبية صامتة. والمريض بحكم استعداده وحساسيته، قد يعلمنا أن نقاوم في أنفسنا جمود المشاعر. ونحن نبدد جزءا كبير من طاقتنا في عملية التكيف، لكي نعيش ونحيا في أحسن مستوى نستطيع الوصول إليه، لكننا ندفع مقابل ذلك ثمنا باهظا قد يؤدي إلى ضمور بعض جوانب شخصيتنا. فقد نصبح أكثر فأكثر سجناء الامتثال لمعايير المجتمع.

وحينما يشعر الفصامي البارانوي أن المجتمع ما هو إلا غابة من النمط الدارويني، فعلينا أن نتذكر أن أول من أشار إلى ذلك التطابق إنما كان داروين نفسه لكن في الاتجاه العكسي. فبعد أن درس داروين المجتمع البشري من خلال كتابات مالتوس، رأي في أدغال جزر جالاياجوس صورة

مطابقة للمجتمع البشري. فعدم المساواة، والتنافس، والصراع والقوة، هي الطابع الغالب في كلا الحالين. فمنطق القوة هو الذي يسود في كل منهما، ما لم تكبح جماحه الإرادة الإنسانية في المجتمع البشري. والفصامي أو من لديه استعداد للفصام ليس بالتأكيد أكثر الناس قدرة على حياة الغاب. وحينما يصاب بالمرض، لا يصبح نبيا بالمعنى الحرفي للكلمة، لكنه يذكرنا بأن منطق القوة هو الذي يكتب له النصر في معظم الأحيان ويصيح قائلا (الويل للمنتصرين). وصياحه هنا ذو دلالة، لكنه لتواضعه وضعفه ولكونه صوت نشاز، لا يسمعه أحد. وعلى من يهتم بأمر المريض أن ينصت لما يقول. وعليه في نفس الوقت أن يساعده على التخلص من الأعراض المرضية، التي تشوه رسالته. ونحن نرى الفيلسوف، والمتمرد، والثوري، مثلهم مثل الفصامي، يفتقدون القدرة على التكيف مع المجتمع، لكنهم يستعيضون عن ذلك بقدراتهم الإبداعية. أما الفصاميون، فهم لا يقومون، إلا فيما ندر، بتوظيف أية ميول إبداعية لديهم. فماذا أردنا أن نسمع صوته الأصيل، وأن ننقل رسالته للعالم، فعلينا أن نزيل العقبات التي تقف في سبيل ذلك بسبب المرض.

ما هو الصوت الحقيقي وما هي القيمة التي كان الفصامي يود الإفصاح عنها لولا مرضه؟ أنها القيمة الأساسية للكائن البشري. فالفصامي يريد أن يكون سيد إرادته. يريد أن يكون نفسه بكاملها، لكنه لا ينجح. فهو يرى السيادة لدى الآخرين لكنه لا يجدها في نفسه فيعزو لهم نوايا عدائية تجاهه، ويضمر داخل نفسه قدرا كبيرا من مشاعر العداء.

وعلى كل منا، سواء بالنسبة للمعالج، أو الصديق، أو القريب، أن تكون لديه الرغبة في تقبل رسالته وإبلاغها للآخرين. إذ قد تكون ذات فائدة بالنسبة لأجيال المستقبل أو لمن هم في طور النمو. ويجب أيضا أن نحاول مساعدة المريض نفسه. وسنكون في وضع يتيح لنا أن نساعده وأن ننقل إليه رسالتنا نحن إذا شعر بأننا مثله وأننا أفراد من البشر يشاركونه قيمه. فحين يشعر أن القوى المتوهمة أو الحقيقية التي تزعجه تزعجنا نحن أيضا، فسيبدأ في التعامل معنا بثقة. وحينما نتقبل شعوره بالعدوانية من زاوية عامة فسيجعلنا ذلك فيما بعد في وضع يسمح لنا بأن نقلل أو نزيل التشوهات الضلالية لشعوره بالعدوانية. وشيئا فشيئا يتحول الهدف الرئيسي

لديه من محاربة الشر إلى البحث عن الحب وتحقيق الذات.

نقطة أخرى نود إيضاحها في هذا الفصل، هي أننا حينما نساعد الفصامي فإننا قد نساعد أنفسنا أيضا. فقد نصبح أقل عزوفا عن مقاومة العدوانية المستترة، وأقل تجاهلا لما لا نريد أن نراه، وأكثر رغبة في اتخاذ موقف وفي مكافحة مالا نوافق عليه، وأكثر استعدادا لتفهم ما يقوله من ينشق على المجتمع حتى لو أفصح عن رأيه بصورة خرقاء أو مبالغ فيها، ونصبح أكثر قدرة على الإنصات للكلمات التي نميل إلى تجاهلها لأنها تنبعث من مصادر تبدو لا عقلانية، أو مسالمة، أو متواضعة أكثر من اللازم.

الفصام والمجتمع:

والطريقة الثانية التي يمكن أن نستفيد بها من معرفتنا بالفصام، رغم أنها متصلة بالأولى، إلا أنها ذات منطلق مختلف تماما. فحينما ناقشنا أسباب الفصام في الفصل الخامس وطرق الوقاية منه في الفصل الحادي عشر، وصلنا إلى استنتاج مؤداه أننا ليس لدينا سوى القليل جدا مما يمكننا عمله لمنع انتقال الاستعداد الوراثي من جيل إلى جيل لكننا نستطيع عمل الكثير لمنع تأثير العوامل التي تسهم بصورة مباشرة أو غير مباشرة في استكمال الدائرة السببية المعقدة لهذا المرض. على أن منع تأثير العوامل البيئية يعني بالدرجة الأولى تحسين أحوال المجتمع وأخذه بأسباب الحضارة. يعني محاربة عدم المساواة والتمييز بين الفئات الاجتماعية وهي أمور تجعل كثيرا من الناس غير قادرين على أن يكونوا آباء جيدين. ويعني أن نزيل أسباب عدم التوافق الزوجي ونوسع دائرة الأسرة قليلة العدد. كما يعني تشجيع علاقات الجوار الطيبة، وزيادة التواصل السوي بين البشر. وتوفير إشراف سيكولوجي لتلاميذ المدارس، بهدف الإرشاد أو العلاج النفسي. ويعني أنه قد أصبح لدينا سبب جديد، وعلى غاية الأهمية، يدعونا لمحاربة المعاناة الإنسانية. فمثل تلك المعاناة كثير ما تؤدي لظهور المرض فيمن لديهم استعداد بيولوجي أو بيئي له. وقد يكون من شأن أولئك الذين يعتبرون أن الفصام أساسا هو مرض اجتماعي، أن يدفعوا الآخرين لأن يتحققوا من أن المجتمع لم يقم حتى الآن بإجراءات الوقاية التي ذكرناها، إلا بقدر ضئيل وهين وبلا حماس.

وفضلا عن ذلك، فقد يكون ما ذكرناه في الفصل التاسع فيما يختص بتلك النواة من المرضى الذين نقف أمامهم عاجزين في حدود معارفنا الراهنة، والذين ما لم تحدث طفرة ما-سيظلون على درجة شديدة من المرض، قد يكون في هذا الأمر حافزا لتبني موقفا أكثر إنسانية وتسامحا تجاه أي فئة من فئات المجتمع.

الفصام والإبداع:

أشرنا في هذا الفصل إلى أننا نحن الذين نسمي بالأسوياء، نميل، على خلاف الفصاميين، لأن نظل سجناء للامتثال، وأشرنا في الفصل الأول إلى أننا نميل لأن نظل سجناء الواقع، لكن الفصامي ليس كذلك: فهو هارب ليس فقط من الامتثال بل أيضا من الواقع. على أنه ليس الوحيد من أفراد البشر الذي يفر من الامتثال ومن الواقع. إذ ثمة طائفة أخرى من البشر لا ترضى بالعالم كما يرونه. لذلك يسعون لتغييره بأن يجعلوه أكثر جمالا، وأكثر عقلانية، وأكثر يسرا، وأكثر أمنا، وأكثر قابلية للفهم، عن طريق الأعمال الفنية، والعلمية، والأدبية، والفلسفية. وأولئك هم المبدعون. والأمر الغريب هنا، أنهم أيضا وإلى حد معين، يهربون من الأساليب المألوفة في ممارسة أحداث العالم وتفسيرها عن طريق اللجوء لنفس الميكانزمات العقلية الخاصة بعمليات التفكير البدائي التي وصفناها في الفصل الرابع، والتي يستخدمها الفصامي، لكنهما يفترقان افتراقا كبيرا عند نقطة معينة. فالفصامي يظل أسير تلك العمليات البدائية في التفكير ويصبح ضلالي الاعتقاد أو غير مترابط التفكير. أما المبدع فهو ينجح في المجانسة بين طرق التفكير البدائية وبين الطرق المألوفة، وصولا إلى العمل الإبداعي.

فقاعدة فون دوماروس مثلا، التي شرحناها في الفصل الرابع، يستخدمها الفصامي ليحتفظ بمعتقداته الضلالية، ويستخدمها المبدع، في مرحلة معينة، ليواصل عملية الإبداع. والمبدع هنا، مثله مثل الفصامي، يقيم أوجها للشبه بين أشياء تبدو في ظاهر الأمر لا تشابه بينها. فقد رأي نيوتن مثلا وجها للتشابه بين التفاحة في سقوطها على الأرض وبين القمر. وهو تشابه لم يلاحظه سواه. ولو لاحظه شخص عادي لما أعاره التفاتا. لكن نيوتن أدرك أن ثمة تشابها بين ما يجعل التفاحة تسقط على الأرض وما يجعل

القمر معلقا في مداره في السماء. وما كان في بداية الأمر مجرد مماثلة أصبح في النهاية اكتشافا لقوى الجاذبية.

كذلك نجد أن التحولات التي تحدث للمعتقدات الضلالية لدى الفصامي، تصبح لدى الشاعر تشبيهات مجازية. إذ تنشأ مماثلة بين شيئين لاشتراكهما في قرينة أو سمة ما. فتشبه المرأة مثلا بالوردة، لأن كلا منهما يشترك في سمة ما هي الجمال. وأحيانا نجد لدى الشاعر قدرة على التخيل تناظر قدرة الحالم، أو قدرة على إقامة (مهرجان للتماثلات) مثلما يفعل الفصامي. وقد يستخدم الشاعر في استعاراته صورا لا يمكن توقعها. فعلى سبيل المثال، شبه الشاعر الفرنسي فيكتور هوجو النجوم بتشبيهات متنوعة وبطرق يصعب على البعض إدراكها إذ شبهها: بالماس، وبالمجوهرات، وبالسحب الذهبية، وبالحصى الذهبية، وبالمصابيح، وبالمعابد المضاءة، وبزهور الصيف الأبدية، وبالزنابق الفضية وبعيون الليل، وبعيون الشفق الغامضة، وبجمرات السماء، وبنقاط دم آدم، وشبهها حتى بالبقع الملونة في ذيل الطاووس.

ولا يدخل في نطاق كتابنا هذا، تبيان الكيفية التي يجانس بها المبدع بين التفكير البدائي وبين العمليات المعرفية الراقية بحيث يحقق إبداعات في مختلف المجالات (*). على أنه من المهم هنا التأكيد على نقطتين:

1- أن دراسة عمليات التفكير البدائية لدى الفصامي قد تفيدنا في فهم العملية الإبداعية لدى المبدعين.

2- أن لدى الفصامي خصوبة لا حد لها في تكوينه النفسي. ولو أنه شفي بدرجة كافة، فقد يمكنه استخدام مواهبه تلك في تآلف مع عمليات التفكير السوية، وبذلك تصبح لديه أيضا إمكانية الإبداع.

ملاحظات ختامية:

آمل أن أكون قد استطعت خلال هذا الكتاب أن أبين أن بإمكاننا أن نتعلم كيف نفهم بصورة أفضل كائنا بشريا قد يبدو مستعصيا على الفهم، وأن نقيم علاقة معه، حتى لو بدا راغبا في قطع علاقاته مع البشر جميعا. وآمل أن نكون قد أمكننا التعرف، وراء الأقنعة التي يصنعها الفصام، على

(*) للإطلاع على وصف تفصيلي لتلك العمليات، انظر س. أرتي، الإبداع: ذلك الولاف السحري. نيويورك.

S.Arieti, Creativity: The Magic Synthesis (New York. Basic Books 1976)

شخص لديه من المشاعر والآمال مثل ما لدينا، ولديه قدرة على المعاناة مثل ما لدينا، على شخص تنشأ معاناته من أنه غير قادر على الإفصاح أو المشاركة بكامل إنسانيته، على شخص بمقدورنا أن نجعله يمارس متعة الحياة.

وهنا، حيث نقطة الالتقاء بين المعارف العلمية الحديثة في الطب النفسي وبين وجداننا، نجد المكان الذي نستطيع فيه أن نساعد الفصامي، والذي يمكن فيه لآمالنا في أهداف أعظم أن تنمو وتزدهر وتصبح أكثر فعالية.

المؤلف في سطور

طبيب ومحلل نفسي مرموق.

* يعمل أستاذا للطب النفسي الإكلينيكي بكلية الطب بنيويورك. رئيس تحرير موسوعة الطب النفسي الأمريكية.

* نال العديد من الجوائز العلمية لإسهاماته اللافتة في فهم مرض الفصام وعلاجه.

* له دراسة مفصلة بعنوان «تفسير الفصام» كتبت للمتخصصين بالإضافة لدراسات أخرى عديدة.

المترجم في سطور

طبيب نفسي وكاتب ومترجم.

* كتب وترجم العديد من المقالات في قضايا فكرية متنوعة، نشرت في الدوريات الثقافية في مصر وبيروت في الستينيات والسبعينيات.

* صدر له عن دار الطليعة ببيروت «نقد الفهم العصري للقرآن» 1971، «ونقد العقل الوضعي: دراسة في الأزمة المنهجية لفكر زكي نجيب محمود» 1980.



الاستشراق في الفن الرومنسي الفرنسي

تأليف

د. زينات بيطار

هذا الكتاب

سيلفانو آريتي، حجة في الفصام على مستوى العالم كله. وهو يقدم هذا الكتاب للقارئ العادي فيشرح بلغة بسيطة وواضحة ما الذي نعرفه عن الفصام، ويصف عالم المريض اللاواقعي ومعاناته، ويقدم إرشادات قيمة لكيفية التعرف على العلامات الأولى للمرض، ويعلمنا كيف نحيا مع المريض ونتحدث معه يوما بيوم، ويزودنا بمعلومات هامة عن الترتيبات التي علينا أن نعدها وعن العلاجات المتاحة، وعن المستشفيات النفسية وما يمكن أن تقدمه. أي يعلمنا ببساطة كيف يمكننا مساعدته بوصفنا أقرباء له أو أصدقاء أو مشاركين في عملية علاجه.

فالفصامي يسبب مشكلات لا حصر لها لمن يتعاملون معه بصورة يومية. وهذا الكتاب (المرجعي) يقدم فهما حقيقيا لعالم الفصامي ويزودنا بتوجهات من شأنها أن تساعد على سرعة شفائه.

وهو يعد أول كتاب متعمق وموثق بالعربية في هذا الموضوع.